Nr. 29 i 30. 28. lipca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Od Redakcji.

Ze względu, że bardzo często zamiejscowe pisma przeznaczone dla redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej bywają wysyłane pod adresem miejscowego Komitetu Redakcyjnego, zamiast pod adresem redakcji, co powoduje niepożądane zwłoki w załatwieniu takich pism, redakcja uprasza uprzejmie wszystkich P. T. Interesentów Zamiejscowych, by wszelkie pisma przeznaczone dla redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej zechcieli wysyłać jedynie pod jej adresem:

ul. Rutowskiego 9 Księgarnia Gubrynowicza i Syna we Lwowie.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Adam SOKOŁOWSKI, asystent kliniki. Kraków.

O leczniczem zastosowaniu genezeryny w zaburzeniach czynności wydzielniczej żołądka.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J.
Kierownik: Prof. Dr. T. Tempka.

Opinja lekarska przy ocenie wartości danego środka farmakologicznego szuka oparcia na spostrzeżeniach wykonanych w klinikach lub większych oddziałach szpitalnych. W naszej klinice przeprowadziliśmy doświadczenia nad działaniem fizjologicznem kilku środków i metod leczenia dotychczas mniej rozpowszechnionych, które jednak w lecznictwie chorób wewnętrznych mają doniosłe znaczenie. W niniejszem doniesieniu przedstawię wyniki z naszych dotychczasowych doświadczeń z alkaloidem oznaczonym nazwą genezeryny (génézérine). Alkaloid ten o składzie chemicznym $C_{15}H_{21}N_3O_3$ jest wyciągiem z rośliny zwanej bobem kalabarskim. Uzyskany w roku 1915 przez uczonych francuskich Polonowskiego i Nitzberga znalazł dotychczas najszersze zastosowanie we Francji. U nas genezeryna jest środkiem nagół mało znanym. W działaniu fizjologicznem cechuje genezerynę wpływ pobudzający na czynność ruchową i wydzielniczą przewodu pokarmowego a przedewszystkiem żołądka, tudzież nieznaczny hamujący wpływ na czynność serca. Mechanizm działania tego alkaloidu polega prawdopodobnie na pobudzaniu zakończeń nerwu błędnego. Jest to zatem ciało pokrewne pod względem działania pilokarpinie, z tą jednak różnicą, że o ile pilokarpina nawet w niedużych dawkach działa pobudzająco na cały układ nerwu błędnego i wywołuje przykre dla chorego objawy, jak ślinotok, gwałtowne poty, zaburzenia czynności serca, a czynność wydzielniczą żołądka pobudza stosunkowo bardzo nieznacznie, to genezeryna pobudza wybiórczo zakończenie nerwu błędnego w obrębie przewodu pokarmowego i wywiera pożądany wpływ na ten organ, nie sprowadzając silniejszych ubocznych objawów. Dzięki tym własnościom stosują genezerynę w stanach dyspeptycznych w związku z niedowładem żołądka, w zaburzeniach nerwicowych serca na tle dyspeptycznem, a w naszej klinice zastosowaliśmy także genezerynę w kilku przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka połączonego z niedokwasowością. Stosowaliśmy genezerynę firmy „Amido" jużto w ziarenkach, jużto w kroplach, 3 razy dziennie na 15 minut przed jedzeniem po 2 ziarenka à 0,5 mg albo po 20 kropli. Oba te sposoby dawkowania odpowiadają jednorazowej dawce 1 mg czyli dziennej dawce 3 mg salicylanu genezeryny. W kilku przypadkach zastosowaliśmy genezerynę w postaci zastrzyków podskórnych, 1 raz dziennie podskórnie ampułkę zawierającą 2 mg salicylanu genezeryny. Doświadczenia nasze opierają się na 19 przypadkach (18 przypadków żołądkowych, 1 przypadek choroby Basedowa), spostrzeganych przeciętnie przez 4 do 6 tygodni; we wszystkich przypadkach podawaliśmy genezerynę w jednorazowych okresach 5-cio dniowych. Celem wykluczenia fizjologicznych bodźców czynności żołądka jakiemi są pokarmy zwłaszcza białkowe, stosowaliśmy dietę Leubego t. j. 3 razy dziennie szklankę mleka z dodatkiem masła i cukru przez cały czas podawania genezeryny. To ograniczenie w diecie ma również o tyle znaczenie, że genezeryna na żołądek czczy znacznie łatwiej i skuteczniej wywiera swój leczniczy wpływ niż na żołądek wypełniony pokarmami. W każdym przypadku badaliśmy treść żołądkową naczczo i po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa na ilość kwasów (wolny HCl, związany HCl, ogólna kwasota), a w większości przypadków również i na ilość wydzielonej pepsyny (przyrządem Boasa). Ze spostrzeganych 18 przypadków zaburzeń żołądkowych uzyskaliśmy wynik wyraźnie dodatni zarówno w zakresie objawów podmiotowych jak i w czynności wydzielniczej żołądka w 8 przypadkach, w tem 1 przypadek niedowładu żołądka z bezsocznością, 3 przypadki nerwicy żołądka (dyspepsia nervosa) i 4 przypadki nieżytu żołądka przewlekłego z niedokwaśnością. Zaznaczyć należy, że spostrzegane przez nas przypadki dotyczyły z reguły cierpień bardzo przewlekłych i zaniedbanych, a niejednokrotnie leczonych już różnemi sposobami. W 5 przypadkach uzyskaliśmy wynik częściowy t. j. albo stan podmiotowy chorego poprawiał się a czynność wydzielnicza wykazywała poprawę, ale dolegliwości nie ustępowały. Wyraźną poprawę stanu podmiotowego bez podniesienia się czynności wydzielniczej stwierdziliśmy w 2 przypadkach nieżytu przewlekłego żołądka i w 1 przypadku nerwicy żołądka *(dyspepsia nervosa)*. Natomiast wyraźne podniesienie się czynności wydzielniczej żołądka bez zmian w stanie podmiotowym poza nieznaczną poprawą łaknienia stwierdziliśmy w 2 przypadkach *polyserositis* na tle gruźliczem. Co do obu ostatnich przypadków to jest rzeczą prawdopodobną, że uporczywe utrzymywanie się dolegliwości, jak gniecenia i bóle w dołku podsercowym po jedzeniu, było zależne wyłącznie od zrostów otrzewnowych. Wreszcie pozostaje 5 przypadków, w których nie stwierdziliśmy żadnego wpływu genezeryny ani na czynność wydzielniczą żołądka ani na dolegliwości chorych. Z tych przypadków 3 dotyczą chorych z nadkwasnością żołądka, 1 nieżytu żołądka niedokwaśnego na tle kiłowem, a w 1 dotyczył chorej cierpiącej na bóle rozlane w nadbrzuszu zwykle po jedzeniu, wymioty i biegunki naprzemian z zaparciem i pokrzywkę występującą w nieregularnych odstępach czasu, a trwającą od 3 do 5 dni. Dolegliwości te, jak się później okazało, miały tło allergiczne. Do ujemnych wyników musimy wreszcie zaliczyć przypadek choroby Basedowa, w którym nie uzyskaliśmy opisywanego przez autorów francuskich zwolnienia czynności serca. Poniżej przytaczam wyciągi z historji chorób kilku przypadków leczonych genezeryną w naszej klinice:

Przypadek I. Chory P. A., L. dz. 514/28, rolnik, podaje, że od 6 lat cierpi na bóle gniotące w dołku podsercowym występujące głównie po jedzeniu, odbijania puste, brak łaknienia, ogólne osłabienie, zaparcie stolca. Przedmiotowo stwierdza się z odchyleń od normy jedynie podupadłe odżywienie i rozlaną bolesność uciskową nadbrzusza; 11. VI. wysondowano żołądek, przyczem naczczo nie wydobyto treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 150 ccm treści źle przetrawionej; odczyn Kongo ujemny; stosunek części stałej do płynnej = 1 : 1; *Lakmus* wykazuje odczyn słabo kwaśny; próba Uffelmanna na kwas mlekowy ujemna; niedobór wolnego HCl = 3°; drobnowidowo: ziarna skrobji, nieliczne nabłonki płaskie i krwinki czerwone; 15. VI. na podstawie wyników badania krwi, stolca i badania roentgenologicznego rozpoznaliśmy: *Atonia ventriculi et intestinorum, achylia*

gastrica; 18. VI. wysondowaliśmy powtórnie żołądek i stwierdziliśmy podobnie jak poprzednio niedobór wolnego HCl = 3°, przyczem badanie treści w kierunku zawartości pepsyny metodą Boasa wykazało nieobecność tego składnika. Od 19. VI. do 23. VI podawaliśmy genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 24. VI. podano próbne śniadanie E. B. poczem w 45 minut wysondowano żołądek i wydobyto 170 ccm treści dość dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1; L (wolny HCl) = 10°, C (związany HCl) = 10°, A (ogólna kwasota) = 55°, pepsyna metodą Boasa = 0,04 (norma 0,08) i chory podaje, że odczuwa wyraźną poprawę łaknienia; 4. VII. zbadano ponownie treść żołądkową w 45 minut po śniadaniu E. B. i stwierdzono: L = 4, C = 5, A = 29; pepsyna metodą Boasa = 0,03; 14. VII. poprawa łaknienia utrzymuje się, chory opuszcza klinikę.

Przypadek II. Chora S. A. L. dz. 45/29, lat 25, żona robotnika, przybyła do kliniki ze skargami na stały gniotący ból w okolicy lewego podżebrza, odbijania, brak łaknienia, zaparcie stolca, wychudnięcie, ogólne osłabienie. Choroba rozpoczęła się przed 4 miesiącami wśród powyższych objawów i utrzymuje się ze zmiennem nasileniem. Badaniem fizykalnem poza rozlaną bolesnością uciskową w okolicy lewego podżebrza nie stwierdzono zmian chorobowych; 18. I. zbadano treść żołądkową, przyczem naczczo nie wydobyto treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 140 ccm treści słabo przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 1 : 1; odczyn Kongo słabo dodatni; L = 9, C = 2, A = 31. Na podstawie powyższych wyników, tudzież na podstawie wyników badania roentgenologicznego i badania stolca rozpoznaliśmy: *catarrhus ventriculi subacidus.* Od 19. I. do 23. I. podawaliśmy chorej genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 24. I. badanie treści żołądkowej po próbnem śniadaniu E.-B. wykazało treść bardzo dobrze przetrawioną, odczyn Kongo silnie dodatni; L = 34, C = 5, A = 60. Chora odczuwa silne łaknienie, czuje się znacznie lepiej; 25. I. opuściła klinikę w stanie znacznej poprawy.

Przypadek III. Chora S. Z., L. dz. 688/28, lat 23, służąca, przybyła ze skargami na ból w dołku podsercowym niezależny od jedzenia, występujący zwykle wieczorem, odbijania puste po jedzeniu, nudności, brak łaknienia. Choroba trwa od kilku miesięcy ze zmiennem nasileniem. Badaniem fizykalnem poza niedomykalnością zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania stwierdzono jedynie rozlaną bolesność uciskową nadbrzusza; 7. XI. zbadano treść żołądkową, przyczem naczczo nie wydobyto treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 100 ccm treści dobrze przetrawionej; odczyn Kongo dodatni; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1, L = 22, C = 4, A = 44; pepsyna metodą Boasa = 0,03. Po wykonaniu dodatkowych badań rozpoznaliśmy u chorej: *dyspepsia nervosa; vitium cordis sub forma insufficientiae et stenosis valvulae mitralis in stadio compensationis.* Od 10. XI. do 14. XI. podawaliśmy chorej genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 15. I. sonda żołądkowa wykazała po próbnem śniadaniu E. B. 90 ccm treści dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1; odczyn Kongo dodatni; L = 28, C = 4, A = 50; pepsyna metodą Boasa = 0,03. Chora odczuwa znaczną poprawę łaknienia, bóle w nadbrzuszu ustąpiły. W takim stanie opuściła klinikę po kilku dniach.

Przypadek IV. Chora T. M., L. dz. 705/28, lat 26, żona rzemieślnika, przybyła do kliniki ze skargami na gniecenie w dołku podsercowym niezależnie od jedzenia, brak łaknienia, zaparcie stolca, uderzanie krwi do głowy, kołatanie serca, ogólne osłabienie. Choroba trwa od 2 lat, a wzmogła się od chwili utraty dziecka przed kilku tygodniami. Badaniem fizykalnem nie stwierdzono żadnych odchyleń od normy; 17. XI. badanie treści żołądkowej naczczo nie wykazało treści, a w 45 minut po próbnem śniadaniu E. B. wydobyto 120 ccm treści bardzo dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 2 : 1; odczyn Kongo silnie dodatni; L = 44, C = 7, A = 72. Po wykonaniu dodatkowych badań rozpoznaliśmy u chorej: *Dyspepsia nervosa, hyperaciditas ventriculi.* Od 18. XI. do 22. XI. podawaliśmy genezerynę w postaci ziarenek w ilości 3 mg dziennie przy diecie Leubego; 23. XI. sonda żołądkowa wykazała po próbnem śniadaniu E. B. 100 ccm treści bardzo dobrze przetrawionej; stosunek części stałej do płynnej = 3 : 1; odczyn Kongo silnie dodatni; L = 42, C = 14, A = 78. W zakresie stanu subjektywnego chorej gniecenia choć w mniejszym stopniu utrzymywały się jednak nadal, łaknienie nie uległo poprawie.

Jeżeli z doświadczeń naszych wolno nam wyprowadzić wnioski, to do rzędu wskazań dla genezeryny zaliczymy przewlekły nieżyt żołądka z niedokwaśnością i *dyspepsia nervosa.* Niektórzy z autorów 2) zaznaczają ze szczególnym naciskiem wpływ genezeryny na tonus mięśni gładkich jelit. Według nich genezeryna w silniejszych dawkach może wywołać tężcowy skurcz muskulatury jelitowej, a w dawkach słabszych ma wywierać korzystny wpływ przy zaparciu stolca nawykowem. W naszych spostrzeżeniach nie stwierdziliśmy wyraźnego wpływu genezeryny na czynność ruchową jelit. Podobnie nie stwierdziliśmy wpływu genezeryny na zaburzenia nerwicowe serca w chorobie Basedowa czy na tle dyspeptycznem. Doświadczenia nasze zgadzają się natomiast ze spostrzeżeniami polskich autorów 3) według których genezeryna nie wywiera wpływu na czynność żołądka przy nadkwaśności, a wpływa korzystnie przy niedokwaśności i bezkwaśności, o ile te dwa ostatnie objawy są następstwem hamującego wpływu układu współczulnego.

Piśmiennictwo:

1) Surmont et Polonowsky: Bulletin de l'académie de medécine de Paris, vol. XCV. p. 370, 1926. — 2) Levent: Gaz. des hopitaux, 1926, Januar. — 3) Filiński i Rostkowski: Polska Gazeta Lekarska, 1927, Nr. 42.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.

O zniesieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego czyli o t. zw. degastroenterostomizacji.

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

W pracy zamieszczonej w Nr. 14 Polskiej Gaz. Lekarskiej z r. 1929, przedstawiono szereg przypadków „choroby wrzodowej bez wrzodu“, omawiając etjologję i sposoby leczenia chirurgicznego tych zagadkowych nieraz obrazów chorobowych. Kwestja ta wiąże się ściśle ze sprawą t. zw. choroby zespoleniowej i możliwości operacyjnego jej uleczenia przez zniesienie zespolenia, zabieg zwany we Francji degastroenterostomizacją.

W naszym materjale 76-ciu przypadków zespolenia żołądkowo-jelitowego wykonano w 16-tu przypadkach powtórną laparotomję; z tego w 15 razach stwierdzono wrzód trawienny jelita czczego, w 6-ciu skończyło się na laparotomji próbnej, a pięciokrotnie zniesiono zespolenie żołądkowo-jelitowe, przywracając stosunki mniej lub więcej naturalne.

Te ostatnie przypadki, których historję choroby w krótkości zestawimy poniżej, stanowią przyczynek do sprawy „choroby zespoleniowej“ jako też wskazań i techniki jej operacyjnego leczenia:

Przypadek 1. L. R., kob., lat 24. 2 lata przed przyjęciem operowana poza kliniką z powodu dolegliwości trwających 6 lat: wymiotów, zgagi, bólów po jedzeniu. Po operacji brak poprawy, z czasem pogorszenie, wielkie bóle, pełność, wymioty, utrata wagi, co skłania chorą do poddania się ponownej operacji. Chora blada, wychudła, bolesności uciskowej brak, próba benzyd. —. Kwasota treści naczczo wol. 0,096, po śn. pr. 4,16. Roentgen wykazuje zespolenie żołądkowo-jelitowe, wypróżnianie się żołądka przez to ostatnie oraz odźwiernik, żoł. po 2 godz. pusty; okolica zespolenia lekko tkliwa. Przy laparotomji stwierdza się bardzo nieznaczne zrosty, zespolenie tylne pionowe, drożne dla 3 palców o brzegach cienkich bez śladu zmian zapalnych, odźwiernik drożny, podobnie jak dwunastnica żadnych zmian nie okazują. Oddzielenie jelita od żołądka w linji szwu, szew jelita poprzeczny dwuwarstwowy, taki szew na żołądku. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W 3 tygodni po operacji kwasota naczczo 0,6, po śniadaniu pr. 10,24. Roentgen: Żołądek wypróżnia się przez odźwiernik, po 3 g. pusty, opuszka daje się dobrze wypełnić. Podmiotowo poprawa stopniowa, tak że po roku chora ma jedynie nieznaczne dolegliwości, przybyła znacznie na wadze, nie wymiotuje nigdy, znosi wszystkie pokarmy.

Przypadek 2. T. St., kob., lat 39, w r. 1911 operowana po za kliniką z powodu dolegliwości żołądkowych; z powodu braku poprawy i nowych dolegliwości w r. 1921 wycięcie wyrostka robaczkowego, brak poprawy. Uciskowej bolesności brak. Kwasota na czczo 0,0, po śniadaniu 0,1. Roentgen: Opuszka nieco na lewo przeciągnięta, wypełnia się prawidłowo; zespolenie drożne, wypróżnianie odbywa się obiema drogami, zalegania niema. Przy laparotomji stwierdza się odźwiernik i dwunastnicę bez żadnych zmian, zespolenie tylne, pionowe, na granicy części odźwiernikowej, drożne, cienkie o pętli odprowadzającej znacznie rozdętej. Degastroenterostomizacja jak w przypadku 1.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Kwasota n. 2,5, po śn. 5,10. Roentgen: prawidłowe wydalanie przez odźwiernik, w miejscu szwu na żołądku kontur krzywizny dużej okazuje zaklęśnię-

cie. Po 9 mies. stan podmiotowy doskonały, dawne dolegliwości ustąpiły zupełnie, chora znosi wszystkie pokarmy.

Przypadek 3. A. B., kob., lat 45. W r. 1913 operowana we Wiedniu z powodu dolegliwości ze strony wor. żółciowego i żołądka; po roku z powodu braku poprawy wycięcie wyrostka robaczkowego. Po dwuletniej poprawie dolegliwości wróciły w silniejszym stopniu: odbijanie, bóle po jedzeniu, wymioty, brak apetytu, utrata wagi. Roentgen wykazuje zespolenie blisko odźwiernika, wypróżnianie się przez to ostatnie i przez odźwiernik, zastoju brak. Kwasota 0,0, O,2, żółć. Na brzuchu dwie blizny, jedna wzdłuż zewn. brzegu m. prostego prawego pod łukiem żebrowym, druga odpowiadająca appendektomji. W klinice z powodu nieustających dolegliwości dwukrotna w r. 1923 i 1925 laparotomja, przyczem stwierdzono jedynie znaczne zrosty, zespolenie tylne, cienkie bez zmian zapalnych i nie wykonano żadnego zabiegu prócz przecięcia zrostów. Wobec pogorszenia stanu w r. 1928 ponowna laparotomja u chorej bardzo wynędzniałej, okazującej obraz roentgenologiczny oraz chemizm jak wyżej. Bardzo znaczne zrosty żołądka ze ścianą przednią brzucha; mozolne odsłonięcie zespolenia, które leży pozaokrężnicowo poziomo na tylnej ścianie żołądka, blisko odźwiernika. Woreczka żółciowego brak; po odsłonięciu odźwiernika i dwunastnicy stwierdza się zwieracz okrężnie zgrubiały, na przedniej ścianie ograniczone, niewielkie stwardnienie, jednak dobra drożność. Wycięcie całego pierścienia zespoleniowego, szew jelita w poprzek żołądka równoległy do krzywizn; pyloromyotomja pozaśluzówkowa z szwem poprzecznym warstwy surowiczo-mięśniowej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 2 miesiącach nadzwyczajna poprawa podmiotowa; kwasota n. 0,4, po śniadaniu 7,16. Roentgen: Szybkie wydalanie przez odźwiernik, część odźwiernikowa wyraźnie zwężona — w miejscu odpowiadającem linji szwu. Po pół roku poprawa trwała, chora znosi wszystkie pokarmy, znacznie przybyła na wadze.

Przypadek 4. M. M., m. lat 42. Podaje iż choroba żołądkowa rozpoczęła się w następstwie przysypania przez granat w r. 1917 — bóle, wymioty, krwotok(?); operowany wówczas w szpitalu wojsk. Po bardzo krótkotrwałej poprawie pogorszenie, w r. 1918 wycięcie wyrostka robaczkowego bezskutecznie. Chory odwiedza klinikę wielokrotnie, skarżąc się na bardzo silne dolegliwości. Roentgen wykazuje zespolenie, odźwiernik drożny, wypróżnienie obiema drogami w krótkim czasie. Kwasota n. 0,0, po śn. 0,4. Dwukrotna laparotomja wykazuje obecność poziomego zespolenia tylnego zaokrężnicowego, drożnego dla 4 palców, bez śladów zmian zapalnych; po zabiegach tych krótkotrwała poprawa. W r. 1928 z powodu dalszych skarg chorego, na jego prośby ponowna laparotomja, skargi mają jak i przedtem charakter wybitnie histeryczny (żaby i robaki w żołądku etc.). Roentg. chemizm jak wyżej. Przy operacji nie stwierdza się w odźwierniku ani żołądku żadnych zmian bliznowatych, początkowy odcinek dwunastnicy po przecięciu kilku zrostów rozszerza się i rozwija do kształtów prawidłowych; zwieracz odźwiernika równomiernie okrężnie zgrubiały. Wycięcie całego pierścienia zespoleniowego, szew kiszki i żołądka jak w przyp. 3. Pyloromyotomja z poprzecznym szwem błony surow.-mięśn. Przebieg pooperac. bez powikłań. Roentgen: szybkie wydalanie przez odźwiernik, kwasota n. 0,2, po śn. 6,18. Po 1 mies. znaczna poprawa psychiczna i fizyczna. Po 3 mies. zgłasza się chory ze skargami na nowe nieznaczne dolegliwości. Roentgen wykazuje lekkie przewężenie żołądka w okolicy szwu zamykającego otwór zespolenia, wydalanie jednak nieopóźnione; przepuklina w linji białej.

Przypadek 5. M. F., m. lat 47. W r. 1924 z powodu zmian zapalnych okołodwunastnicowych *(ulcus)* zespolenie. Po 1 roku poprawy nowe dolegliwości — bóle, wymioty, pełność, odbijania. W r. 1927 Roentgen wykazuje zespolenie, wydalanie opóźnione, odźwiernik nie drożny, ptosis. Brak bolesności miejscowej. Kwasota n. 0,0, po śn. 2,6. Przy relaparotomji w r. 1928 stwierdza się zespolenie tylne drożne dla 2 palców, cienkie bez zmian zapalnych; żołądek znacznie obniżony i rozszerzony. Początkowa część dwunastnicy grubości ołówka, zupełnie niedrożna. Wykonano „degastroenterostomizację", oddzielając żołądek od kiszki, poczem dodano połączenie części odźwiernikowej żołądka z dwunastnicą za zwężeniem (w rodzaju operacji Finney'a). Wynik wczesny i późniejszy doskonały, chory czuje się zupełnie zdrowy, znosi wszystkie pokarmy. Kwasota n. 2,4, po śn. 10,22. Roentgen wykazuje szybkie wypróżnianie się do dwunastnicy.

W analizie przytoczonych tutaj przypadków nasuwa się przedewszystkiem pytanie, czy stan chorych tych można określić jako t. zw. chorobę zespoleniową.

Nazwą tą względnie pojęciem „zespolenie jako choroba" określił Pribram zespół dolegliwości, których doznają chorzy z zespoleniem, a które nie zależą od czynników mechanicznych, uchwytnych anatomicznie jakiemi są zrosty, opadnięcie żołądka i ucisk na ramię odprowadzające, wadliwe położenie zespolenia, lecz są spowodowane zaburzeniami czynnościowemi; oczywiście że nie podpadają pod to określenie stany zwężenia i niedrożności zespolenia oraz wrzód trawienny jelita czczego. Choroba zespoleniowa ma być według P. właściwą szczególnie zespoleniu tylnemu, a dolegliwości powstają wskutek nieprawidłowych bodźców z odźwiernika lub dwunastnicy wywołanych zaleganiem w tej ostatniej; objawom podmiotowym mają odpowiadać: paradoksalne zwolnienie wydalania treści żołądkowej mimo szerokiego połączenia z kiszką, oraz nieprawidłowe wydzielanie soku żołądkowego wtedy, gdy pokarmy żołądek już opuściły („wydzielanie napróżno" — Enderlen). Według Blonda przyczyną omawianych dolegliwości mają być stany kurczowe, stanowiące przejście do przewlekłego błędnego koła i wrzodu trawiennego jelita.

Niektórzy zaprzeczają wogóle istnienia „choroby zespoleniowej", przypuszczając (Schünemann), że dolegliwości po zespoleniu są spowodowane jedynie błędami technicznemi i że sam wyraz „choroba zespoleniowa" nie jest racjonalnym i może się przyczynić do zdyskredytowania metody. Oczywiście wprost przeciwnego zdania jest Pribram, który odnosi niepomyślne wyniki zespolenia przedewszystkiem do złych wskazań, a nie do strony technicznej, która była w widzianych przez niego przypadkach bez zarzutu.

Należy jeszcze wspomnieć, że Gutmann i Jahiel opisali we Francji, jako jednostkę chorobową stan występujący po zespoleniu jako *„perigastritis lacunaris"* — przyczem okolica zespolenia okazuje nieregularne plamy i wręby w obrazie Roentgenowskim, a klinicznie chorzy zaczynają doznawać w pewien czas po zespoleniu bólów; stany te zależą niewątpliwie od zrostów i ściśle do „choroby zespoleniowej" w opisanem wyżej znaczeniu nie mogą być zaliczone.

W naszych przypadkach dolegliwości chorych obarczonych zespoleniem dały się uleczyć przez zniesienie zespolenia i przywrócenie prawidłowej drogi dla treści pokarmowej. W pierwszych czterech zespolenie to nie przyniosło chorym żadnej ulgi, względnie po krótkim czasie poprawy wystąpiło pogorszenie. Zwraca uwagę w przypadku 2, 3 i 4 w pewien czas po zespoleniu dokonane wycięcie wyrostka robaczkowatego, co świadczy z jednej strony o niejasnym charakterze do zespolenia, z drugiej może być też przyczynkiem do kwestji ścisłego związku pomiędzy stanem zapalnym wyrostka a wrzodem względnie odruchowo powstającemi dolegliwościami żołądkowemi bez wrzodu (Pauchet). Niezupełnie ścisłe wskazanie zdaje się zachodziło u chorej w przypadku 3-im w którym cięcie równolegle do łuku żebrowego wskazuje na to iż operator nie był pewny co do istoty schorzenia a do wycięcia woreczka żółciowego dodał również, jak się zdaje niepotrzebne zespolenie. Ciekawem wreszcie jest traumatyczno-psychiczne pochodzenie dolegliwości w przypadku 4-tym u chorego który niezwykle chętnie poddawał się 5-ciu operacjom, z których pierwsza t. j. zespolenie, wykonane jak sądzić można bez ścisłego wskazania zwiększyła tylko jego pierwotne dolegliwości i wyobrażenia o chorobowym stanie żołądka. We wszystkich tych 4-ch przypadkach nie stwierdzono w odźwierniku ani w dwunastnicy zmian któreby wskazywały na przebyty wrzód, jedynie w przypadku 3 i 4 zwracało uwagę zgrubienie zwieracza odźwiernika, względnie ograniczone jego stwardnienie przyczem drożność wszędzie była utrzymana. Zespolenie we wszystkich przypadkach tych było drożne, bez śladu zmian zapalnych, ułożone zgodnie z przepisami techniki, a rozszerzenie pętli odprowadzającej mogło świadczyć o wydatnej czynności zespolenia. Dolegliwości odczuwane przez chorych, zwłaszcza w przypadku 1 i 3 bardzo ciężkie zostały usunięte w zupełności przez zniesienie zespolenia i przywrócenie prawidłowej drogi pokarmowej, przyczem w przyp. 3 i 4 dodano do „degastroenterostomizacji" także przecięcie zwieracza pozaśluzówkowe.

Zdaniem naszem można dolegliwości w powyższych 4 przypadkach określić jako prawdziwą „chorobę zespoleniową" u indywiduów bez wrzodu, które z powodu braku ścisłego wskazania obciążono zespoleniem żołądkowo-jelitowem; bez względu na to czy pierwotne dolegliwości miały swe siedlisko w narządzie odległym jak woreczek żółciowy lub wyrostek, czy też wystąpiły na tle psychicznem, lub były wywołane przez pierwotne stany kurczowe odźwiernika zespolenie to nie było wskazanem i mimo dobrej techniki pogorszyło tylko stan chorych. Nie więc zła technika i nienależyte funkcjonowanie zespolenia lecz złe wskazania do wykonania tego zabiegu warunkują ów stan, który w tem znaczeniu zupełnie słusznie nazwać można „chorobą zespoleniową"; sama ta nazwa jest przestrogą przed nierozważnem wykonywaniem zespolenia!

Pozostały wreszcie przypadek 5-ty jest przykładem rzekomej choroby zespoleniowej — wobec istnienia zwężenia dwunastnicy i utrudnienia wydalania wskutek opadnięcia żołądka; i tu dolegliwości zostały zupełnie i trwale usunięte przez zniesienie zespolenia i przywrócenie połączenia żołądka z dwunastnicą. Wskazanie w tym przypadku miało uzasadnienie, a dla wytłumaczenia dolegliwości można było znaleść przyczynę anatomiczną.

Jak wyżej wspomniano, w dwóch z opisanych przypadków, w których stwierdzono przerost zwieracza odźwiernika po zniesieniu zespolenia dodano przecięcie pozaśluzówkowe tegoż mięśnia czyli t. zw. pyloromyotomję według Payra z małemi odmianami technicznemi stosowanemi przez autora [1]). Wprowadzając to nowe wskazanie do powyższego zabiegu miałem na myśli z jednej strony przez wykonanie przecięcia zwieracza, które samoistnie działa leczniczo przy „dolegliwościach wrzodowych bez wrzodu" (por. praca w Pol. Gaz. Lek. Nr. 14. 1929) zabezpieczenie chorego przed tego rodzaju dolegliwościami, z drugiej strony ułatwienie pracy żołądka przez długie lata wypróżnianego drogą podwójną — przy zamkniętem teraz zespoleniu. Dalszym względem zachęcającym do wykonania przecięcia zwieracza równocześnie ze zniesieniem zespolenia było występujące po tym ostatnim zabiegu wzniesienie kwasoty soku żołądkowego, które przy istniejącem ewentualnie usposobieniu do wrzodu może być okolicznością niekorzystną; przecięcie zwieracza obniża kwasotę (Payr, Hilarowicz) i dzięki temu może w pierwszym czasie przeciwdziałać zbyt nagłej zwyżce stężenia jonów wodorowych soku po zniesieniu nieprawidłowego połączenia żołądka z jelitem.

Wskazanie do zniesienia zespolenia opiera się na wywiadach — przedewszystkiem braku poprawy po pierwszej operacji względnie wystąpieniu nowych dolegliwości po krótkim okresie polepszenia, obecności nieraz kilku blizn (wycięcie woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego — z powodu niepewnego rozpoznania), wykazaniu dobrze czynnego zespolenia przy równocześnie drożnym odźwierniku, niskiej kwasocie, ujemnej próbie na krew utajoną w kale, braku bolesności uciskowej okolicy zespolenia i innych danych którebyprzemawiały za wrzodem trawiennym jelita czczego. Po otwarciu jamy brzusznej wskazanie staje się jasnem jeżeli stwierdzimy drożny odźwiernik i dwunastnicę nie przedstawiającą żadnych zmian wskazujących na obecność wrzodu lub blizny; wątpliwości mogą nastręczać przypadki w których odźwiernik przedstawia zgrubienie okrężne a zwłaszcza umiejscowione stwardnienie; że i w przypadkach takich wynik po zniesieniu zespolenia wraz z przecięciem odźwiernika może być bardzo korzystnym świadczą nasze przypadki Nr. 3 i 4; podobne zmiany w odźwierniku, o ile brak zwężenia tegoż nie uprawniają ani do wykonania zespolenia ani do pozostawienia go nadal i tembardziej zachęcą nas do przecięcia zwieracza jako operacji dodatkowej po zniesieniu zespolenia. Wreszcie zachodzi pytanie, czy spotkane przy operacji zrosty możemy uważać za przyczynę dolegliwości po zespoleniu i czy spodziewać się poprawy po samem ich przecięciu. Jak wynika z naszych dwukrotnie relaparotomowanych przypadków 3) i 4), przecięcie zrostów nie przyniosło chorym żadnej ulgi; przy drożnem zespoleniu i dwunastnicy — nie możemy im przypisywać znaczenia w powstawaniu dolegliwości.

W końcu poświęcić należy nieco miejsca niektórym technicznym szczegółom „degastroenterostomizacji". Zabieg polega na 1) uruchomieniu zespolenia w szczelinie krezki poprzecznicy (o ile było tylnem), 2) oddzieleniu światła kiszki od światła żołądka, 3) zaszyciu oddzielnem narządów. Po uskutecznieniu pierwszego aktu zabiegu przedstawia wykonanie dalszych aktów nieraz trudności; uniknąć tych ostatnich mogłem w dwóch przypadkach z pomocą uruchomienia ramienia doprowadzającego pętlj przez nacięcie więzadła Treitza i przeciągnięcie zespolenia przez tymczasową szczelinę w więzadle żołądkowo - okrężnicowem, co ułatwia znacznie dalsze zaopatrzenie. Co do różnych sposobów oddzielania żołądka od kiszki (Jansen) i zaopatrywania tej ostatniej — to za najpewniejszy i najbardziej racjonalny uważamy wycięcie całego pierścienia zespoleniowego wraz z wązkim paseczkiem błony śluzowej obydwu narządów, jak to postąpiliśmy w dwu naszych przypadkach; pozostawiania manszetu błony śluzowej żołądka na kiszce (Andrews) celem ułatwienia jej zeszycia nie możemy zalecić przedewszystkiem ze względu na skłonność zawierającej ewentualnie nitki jedwabne linji dawnego szwu do zapaleń i owrzodzeń, a dalej nie jest może całkiem obojętnem pozostawienie paska błony śluzowej żołądka w kiszce na co wzracano uwagę, wskazując na analogję we wrzodach trawiennych uchyłka Meckela powstałych na tle obecnych tam wysepek nabłonka żołądkowego. W pozostałych naszych 3 przypadkach został żołądek oddzielony od kiszki w samem miejscu dawnego szwu, co jednak daje ranę nierówną i o brzegach postrzępionych i utrudnia dokładny szew. Zaopatrzenie otworu w kiszce, który nieraz jest bardzo długi zapomocą szwu poprzecznego względem osi długiej kiszki udało nam się we wszystkich przypadkach, przyczem długie, powstające przy tem rogi muszą być wpuklone; obawa zwężenia jest przytem jak wynika z naszych przypadków nieuzasadniona a wycięcie kiszki cienkiej z ponownem zeszyciem kikutów polecane po usunięciu szerokich zespoleń przez Paucheta wydaje nam się niepotrzebnem przedłużeniem i utrudnieniem zabiegu. Ważnym jak się zdaje szczegółem jest szew otworu żołądkowego; o ile zespolenie znajdowało się w części wpustowej sposób zeszycia otworu jest dla kształtu i czynności ruchowych dość obojętnym; natomiast zespolenie w okolicy odźwiernika, zwłaszcza o ile leżało poziomo, pozostawia po usunięciu go i zeszyciu otworu żołądkowego równolegle do krzywizn znaczną zmianę kształtu części odźwiernikowej jak to można było zauważyć w przypadkach 3 i 4; w pierwszym z tych przypadków ta zmiana kształtu w postaci przewężenia części odźwiernikowej przebiegała bez żadnych dolegliwości podmiotowych i przy dobrej czynności wydalania, natomiast w drugim stała się prawdopodobnie przyczyną skarg chorego na pełność w okolicy żołądka po jedzeniu i lekkie opóźnienia wydalania. Stąd wniosek że otwór w żołądku powstały przy operacji zespolenia poziomego w części odźwiernikowej należy zamykać prostopadle do jego długiej osi, a więc prostopadle do krzywizn, t. j. wykonywać rodzaj plastyki części odźwiernikowej dla uniknięcia jej zwężenia.

Tak więc zdaje się nie ulegać wątpliwości że zespolenie żołądkowo - jelitowe wykonane bez ścisłego wskazania może stać się mimo najpoprawniejszej techniki i dobrego funkcjonowania powodem ciężkiego stanu chorych, którego określenie jako „choroba zespoleniowa" jest w zupełności uzasadnionem. Uniknąć niepowodzeń tego rodzaju możemy tylko przez jaknajściślejsze ograniczenie i sprecyzowanie wskazań do zespolenia, które jako zabieg sprowadzający przewrót w czynnościach ruchowych i wydzielniczych żołądka winno znaleść usprawiedliwienie zasadniczo jedynie w pewnych przypadkach zwężenia bliznowatego okolicy dźwiernika które nie nadają się z różnych względów do resekcji, względnie w niektórych rzadkich przypadkach wrzodu, w których ta ostatnia jest niewykonalną. Choroba zespoleniowa jako wynik mylnego wskazania do zespolenia daje się uleczyć przez „degastroenterostomizację".

[1]) Zbl. f. Chirurgie 1929. 10.

Dr. Włodzimierz KROTOW, asystent kliniki. Wilno.

Stożkowatość głowy, jako cecha rozpoznawcza konstytucji hemolitycznej.

Z I. Kliniki Wewnętrznej U. S. B.
Kierownik: Prof. Dr. Zenon Orłowski.

Józef T., lat 17, przybył do kliniki 2. II. 1929 z objawami żółtaczki i ze skargami na bóle w okolicy podżebrza prawego. Badanie chorego wykazało: chory nieco ospały, mało ruchliwy, odżywiania nieco upośledzonego, nie gorączkuje. Budowy ogólnie niedorozwiniętej. Czaszka wyraźnie wieżowata. Brak uwłosienia pod pachami i w okolicy wzgórka łonowego. Skóra zabarwienia śniado-żółtawego, nie swędzi. Błony śluzowe wyraźnie zażółcone. Twardówki również. Gałki oczne wykazują mierny stopień wytrzeszczu. Źrenice reagują na światło i nastawność. Gruczoły chłonne szyjne nieznacznie powiększone, ruchome, niebolesne. Szyja długa i cienka. Klatka piersiowa budowy astenicznej, symetryczna. Dołki nad i podobojczykowe, jak również i przestrzenie międzyżebrowe zaznaczone. Badanie dróg oddechowych i serca nie wykazało odchyleń od normy. Tętno 80 na minutę, miarowe o dobrem napełnieniu i napięciu. Ciśnienie krwi według Pachon'a w pozycji leżącej 105/50. Brzuch miernie zapadnięty. Ścianki jego nieznacznie reagują na ucisk w okolicy obu podżebrzy. Wątroba i śledziona wystają na 3 palce poniżej łuku żebrowego, twarde, nieco bolesne na ucisk, o powierzchni gładkiej i brzegach zaokrąglonych.

Mocz: barwa żółta, odczyn kwaśny. C. wł. 1010. Białka i cukru nie zawiera. Barwików żółciowych brak, urobilina i urobilinogen dają odczyn słabo-dodatni.

Kał: zabarwienie normalne. Krwi utajonej brak. Wykryte jaja *Ascaris lumbricoides.*

Krew: erytrocytów 3.300.000. Białych ciałek 8000 Hb. = 53% (Sahli). Index 0,8. Wzór leukocytarny: E = 3%, Z 1%, Myel 1%, Mł. 5%, Pł. 16%, S. 33%, L. 38%, M. 3%. Płytek Bizzozero 297000. Czas krzepliwości 33 minuty, krwawienia 12,5 minut. Na rozmazach widzimy wyraźną pojkilocytozę, anizocytozę, w bardzo wielu krwinkach ciałka Jolly'ego i do 20% reticulocytów, zawierają-

cych substantiam reticulo - filamentosam. Mikrocytów — 38%, normocytów 52%, makrocytów 10% (metoda Borosa). Hemoliza krwinek przemytych zaczyna się już w rozczynie 0,70 (H_1), a całkowita występuje w rozczynie 0,32 (H_3). Surowica krwi złocisto-żółta, zawiera bilirubiny według Meulengracht'a 26 (norma 4—6). Kwasów żółciowych brak. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Odczyn H. v. d. Bergha spóźniony. Dodatkowo od ojca chorego dowiedzieliśmy się, iż stan zażółcenia powłok o mniejszem lub większem nasileniu trwa prawie od urodzenia, że brat chorego zmarł w 1 roku życia, mając żółtaczkę od urodzenia i że dziad chorego zadziwiał wszystkich kształtem swej głowy, podobnym do głowy naszego chorego.

Z wyniku badania chorego jasno widzimy, że mamy do czynienia z chorym, cierpiącym na żółtaczkę hemolityczną. Przemawia za tem: zabarwienie powłok i trwanie jego o mniejszem lub większem nasileniu od bardzo dawna, brak barwików żółciowych w moczu, obecność ich w kale, następnie zmniejszona odporność erytrocytów, mikrocytoza, zwiększona zawartość bilirubiny w surowicy obok spóźnionego odczynu H. v. d. Bergha.

H. v. d. Bergh uważa, że odczyn dwuazowy spóźniony cechuje bilirubinę, powstałą bez udziału komórek wątrobowych, we krwi lub układzie siateczkowo-śródbłonkowym, natomiast, bilirubina przesączona przez komórkę wątrobową zawsze daje odczyn natychmiastowy. Z tego wynika, że i w naszym przypadku mamy bilirubinę, powstałą poza wątrobą.

Lepehne nazywa taką bilirubinę, powstałą w żółtaczce hemolitycznej „bilirubiną czynnościową". Co do mikrocytozy, objawu tak charakterystycznego dla niektórych cierpień konstytucjonalnych to ostatniemi czasy autorowie podnoszą kwestję, że krwinki czerwone nie tylko wyglądają mniejszemi. lecz zasadniczo zmieniają swój kształt normalny i nabierają kształtu podłużnego-eliptycznego i wreszcie szczelinowatego.

Günther przeprowadził szereg badań nad chorymi z czaszką wieżowatą i dochodzi do wniosku, że mikroplania, t. j. tylko co omówiony kształt krwinek, jest jedną z oznak zaburzeń konstytucjonalnych, w pierwszym rzędzie zespołu czaszki wieżowatej i żółtaczki hemolitycznej.

Słowem, jest to banalny przypadek żółtaczki hemolitycznej i jeżeli zatrzymuję się na nim, to ze względu na mało znany jeszcze objaw — kształt głowy i ze względu na to, że ten kształt głowy miał i dziad chorego, oraz ze względu na to, że przyczyna powstawania tego objawu dotąd nie jest jeszcze wyjaśniona.

W piśmiennictwie polskiem o zmianach kształtu głowy w żółtaczce hemolitycznej i o przyczynach tych zmian jest dosyć głucho. Dotąd opisano dwa przypadki (patrz niżej). Nasz przypadek jest trzeci. Ze względu na znaczenie tego objawu zatrzymamy się na nim nieco szczegółowiej.

Pomiary antropologiczne, dokonane u naszego chorego przez kol. Sylwanowicza, asystenta Zakładu Anatomji Opisowej U. S. B., za co w tem miejscu składam Mu podziękowanie, wykazały, iż kształt głowy jest brachycephaliczny.

Mianowicie: długość głowy największa 18,8; szerokość głowy największa 16,0; szerokość czoła najmniejsza 10,9; szerokość twarzy największa 14,6; odległość między kątami żuchwy 10,6; wysokość czaszki 24,1; wysokość twarzy z czołem 17,1; wysokość twarzy bez czoła 11,3; wysokość górnotwarzowa morfolog. 6,6; wysokość nosa 5,3; szerokość nosa największa 3,0; odległość między kątami wewnętrzn. szpar ocznych 3,15; odległość między kątami zewnętrzn. szpar ocznych 8,75; obwód poziomy głowy 55,2; wskaźnik głowy 85,0.

W cyfrach widzimy ciekawe dane. Jeżeli porównać tą głowe, to najwięcej ona przypomina wieżę (Turmschädel niemieckich autorów), może jeszcze więcej stożek. Od szczytu głowy, tak w kierunkach bocznych, jak również i przednim i tylnym czaszka stromo opada ku dołowi.

Fotografja nasza tą cechę głowy doskonale uchwyciła.

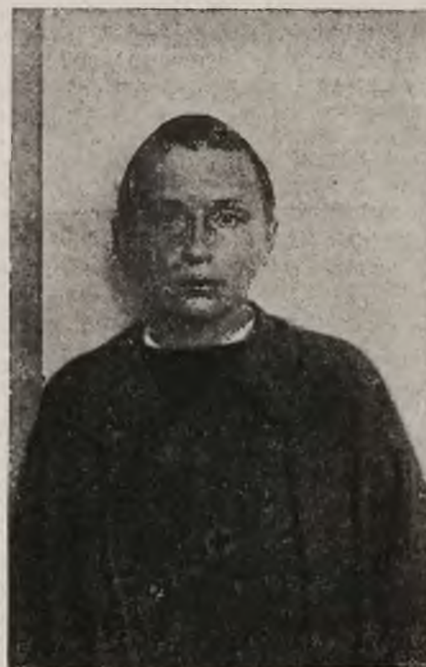
Powstaje pytanie, co za przyczyna tak nienormalnej budowy głowy w icterus haemolyticus.

Przedtem jednak niżeli odpowiedzieć na to pytanie, niech mi wolno będzie zrobić bardzo krótki i pobieżny przegląd historyczny rozwoju nauki o żółtaczce hemolitycznej w związku z zaburzeniami konstytucjonalnemi, oraz o przyczynach powstawania tych zmian.

Opisana przez Minkowskiego w r. 1900 postać chorobowa była wrodzoną i dziedziczną. Posiadała ona cechy niedorozwoju konstytucjonalnego, tak ogólnego, jak i szczególnie kostnego na równi z przekazywaną na potomstwo skłonnością do rozpadu czerwonych ciałek krwi. Inni niemieccy autorowie, jak Weber, Freyman i Beek zwracali uwagę na częste wspólne występowanie żółtaczki z czaszką wieżowatą.

Co prawda szkoła francuska na czele z Chauffardem i Widalem wysuwała teorję, że obok żółtaczki hemolitycznej wrodzonej i dziedzicznej może być i nabyta, lecz prace Türcka, Flecksedera i szczególnie Gänsslena dowiodły, iż to co Chauffard nazywał żółtaczką nabytą, jest tylko późnym przejawem choroby wrodzonej.

I rzeczywiście, również i w naszym przypadku zażółcenie powłok zauważono nie odrazu po urodzeniu, lecz dopiero znacznie później, przyczem stan zażółcenia to wzmagał się, to malał. Jeżeli jeszcze podkreślimy, że brat chorego przechodził w 1 roku życia żółtaczkę, od której zmarł, i że w rodzinie już dziad miał podobną czaszkę, która zwracała tak znaczną uwagę otoczenia, że pamięć o tej „dziwacznej" głowie przeszła do trzeciego pokolenia, to śmiało można wywnioskować, że i w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z chorobą wrodzoną i dziedziczną, a nie nabytą. W rodzinie nie pamiętają, czy miał ów przodek żół-



taczkę, pamiętają jednak dobrze o kształcie głowy; podnosi to jeszcze w większym stopniu znaczenie rozpoznawcze charakterystycznego kształtu głowy w tej sprawie, podnosi go prawie że do objawu patognomicznego dla danego cierpienia. Wyraźnie tu jest więc dziedziczenie tej choroby. Jakżeż moglibyśmy wytłómaczyć sobie przypuszczalny brak objawów widocznych u ojca naszego chorego?

Obecnie dobrze wiemy, że ta lub inna rzucająca się w oczy cecha konstytucjonalna nie koniecznie musi przechodzić z rodziców na najbliższe potomstwo, lecz może ujawniać się dopiero w późniejszych pokoleniach. Jest wielce możliwem, że gdybyśmy mieli możność zbadania klinicznego i antropologicznego innych członków rodziny pozornie zdrowych, stwierdzić by się dało te lub inne odchylenia charakteryzujące żółtaczkę hemolityczną.

Kwestję tę podnosi w sposób decydujący w ostatniej swojej, tak wyczerpującej pracy Klein, uważając *icterus haemolyticus* razem z Gänsslenem za „konstytucję hemolityczną"

W polskiem piśmiennictwie o żółtaczce hemolitycznej pierwszy raz pisał Starkiewicz w roku 1907. Jego przypadek interesuje nas o tyle, że później Barański w r. 1923 opisał przypadek żółtaczki hemolitycznej u córki chorego, zbadanego 16 lat temu przez Starkiewicza.

Prawda, o cechach konstytucjonalnych ani jeden, ani drugi nie wspomina, lecz sam fakt istnienia u ojca i córki żółtaczki hemolitycznej uprawnia nas do wyciągnięcia pewnych wniosków.

W rok później Hescheles, Piechowski i Roszak opisują dwa przypadki żółtaczki wrodzonej i dziedzicznej, przyczem, drugi przypadek z zaznaczoną wieżowatością głowy. Jeszcze później, bo dopiero w r. 1927 spotykamy pracę Mikułowskiego o stożkowatości czaszki, ze szczegółowym opisem danej postaci chorobowej, przyczem przypadek dotyczył 11-letniej dziewczynki.

Co do patogenezy zespołu żółtaczki hemolitycznej i czaszki wieżowatej, to obecnie spotykamy się z dwoma głównemi poglądami: autorów francuskich na czele z Chauffardem, Widalem i autorów niemieckich na czele z Aschoffem, Eppingerem.

Pierwsi sądzą, iż krwinki czerwone z układu wytwarzającego (t. j. szpiku kostnego) wychodzą mniej wartościowemi, z pewnem

uszkodzeniem, z pewną predyspozycją do hemolizy, tak że w śledzionie i innych ogniskach tkanki siateczkowo-śródbłonkowej znacznie łatwiej i w większej ilości ulegają hemolizie; drudzy zaś uważają, że to uszkodzenie krwinek odbywa się tu w wyżej wymienionych miejscach, które posiadają większą niż normalnie zdolność hemolizowania krwinek.

Jednakże przyczyna tkwi, mojem zdaniem, gdzieś głębiej, działając jednocześnie, tak bezpośrednio na krwinki czerwone, jak i pośrednio na cały układ siateczkowo-śródbłonkowy. Że w danym wypadku najprawdopodobniej jedna i ta sama przyczyna wpływa na oba te układy, możemy przypuścić jeszcze dlatego, że rozwojowe pochodzenie obu tych układów jest, jak wiadomo, wspólne.

Obecnie według najnowszych zapatrywań (Beck) śledziona i wogóle cały aparat siateczkowo-śródbłonkowy ma znaczenie gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu; wydzielane przez ten układ jakieś substancje chemiczne wpływają, tak na skład jakościowy i ilościowy krwi, jak i na cały organizm ludzki.

Z tego punktu widzenia najbardziej może nam trafić do przekonania, iż mamy tu swoiste zaburzenia równowagi gruczołów dokrewnych, dziedzicznie przekazywane na potomstwo, zaburzenia, których zewnętrzną oznaką są różne cechy niedorozwoju, jak słabe uwłosienie i t. d.

Wiemy już dobrze, że gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu wpływają na rozwój kośćca; naprzykład, nadmiar hormonów przysadki mózgowej wywołuje akromegalję, nadmiar hormonów jajnika powoduje osteomalację i t. d. Mamy więc zupełne prawo przypuszczać, że i układ siateczkowo-śródbłonkowy, jako gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu może wpływać w ten lub inny, nieznany nam jeszcze, sposób na *habitus* osobnika, na powstanie tych lub innych cech niedorozwoju. I czy nie jest przedwczesne skostnienie kości czaszki, jak i szwów pomiędzy niemi, powodujące powstawanie kształtu stożkowatego głowy, jednym z przejawów zaburzeń hormonalnych?

Z tego punktu widzenia dałoby się ująć *icterus haemoliticus*, jako jednostkę chorobową konstytucjonalną, zależną od swoistych zaburzeń hormonalnych (przedewszystkiem układu siateczkowo-śródbłonkowego i śledziony) i co za tem idzie od swoistej utraty równowagi hormonalnej, zaburzeń, przekazywanych dziedzicznie, od czasu do czasu nasilających się i cechujących się, pomimo żółtaczki i charakterystycznych zmian krwi, także powstawaniem tych lub innych cech niedorozwoju organizmu, przedwczesnem skostnieniem kości czaszki oraz szwów pomiędzy niemi, co w ostatecznym rezultacie daje stożkowaty kształt głowy. Czemu w jednym przypadku żółtaczki hemolitycznej stożkowatość głowy wprost rzuca się w oczy (jak w naszym przypadku), a w drugim ten kształt głowy jest bardzo słabo zaznaczony, albo go wcale niema — trudno orzec. Można jednak przypuścić, że gdy nasilenie tych zaburzeń hormonalnych, przekazywanych dziedzicznie, występuje już w bardzo wczesnem dzieciństwie, t. j. wtedy, kiedy organizm rośnie, kiedy szwy pomiędzy kośćmi głowy są jeszcze niezarośnięte, słowem, kiedy głowa jeszcze kształtuje się, to nastąpi zmiana jej kształtu. Gdy zaś pierwsze objawy choroby występują w nieco późniejszym wieku, kiedy głowa już się sformowała ostatecznie, stożkowatości tej nie będzie.

Przyszłość pokaże, czy myśl ta, wypowiedziana nieraz przez prof. Z. Orłowskiego bezpośrednio u łóżka chorego, jest słuszna i jak daleko odbiega ona od prawdy.

Panu Prof. D-rowi Zenonowi Orłowskiemu za zachętę do opublikowania niniejszego przypadku, oraz cenne wskazówki i pomoc składam najserdeczniejsze podziękowanie.

Piśmiennictwo:

1. Barański: Pedjatrja Polska. T. III. 1923 r. — 2. Beck: Zur Klinik des haemolitischen Icterus beim Kind. Monatschrift f. Kinderkrankheit. Bd. 28. Hft. 3. 1924. — 3. Boros: Wiener Archiv f. Innere Medizin. Bd. XII. str. 243. — 4. Filiński: Niedomoga wątroby ze stanowiska klinicznego. 1925. — 5. Günther: Die klinische Bedeutung der Ellipsenformen der Erytrozyten. Deutsch. Arch. f. Klin. Mediz. Bd. 162. 1928. — 6. Hertz: Medycyna. 1912 r. Nr. 23. — 7. Hescheles-Piechowski-Roszak: Pedjatrja Polska. 1924 r. — 8. Klein: Medycyna. 1929 r. Nr. 7 i 8. — 9. Mikułowski: Polska Gazeta Lekarska. 1927 r. Nr. 21. — 10. Morawitz: Boleźni krowi. 1926. Medic. Izdat. „Wracz", Berlin. — 11. Semerau-Siemianowski: Polska Gazeta Lekarska. 1922. Nr. 34 i 35. — 12. Starkiewicz: Gazeta Lekarska. 1907. Nr. 31 i 32. — 13. Starkiewicz: Gazeta Lekarska. 1909. Nr. 12. — 14. Szokalski: Gazeta Lekarska. 1916. Nr. 25 i 26.

Dr. Artur CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną.

Z kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Dokończenie.

Polska ergosteryna naświetlana, wprowadzona do handlu w postaci 1% rozczynu w oliwie pod nazwą „Vitavit", jak donosił komunikat Spiessa, leczy w dawce dziennej $^1/_{400}$ mg krzywicę doświadczalną szczurów w ciągu 12—14 dni. Działanie lecznicze i zapobiegawcze „Vitavitu" ilustrowały wykresy krzywych poziomu fosforu krwi i wagi zwierząt, oraz zdjęcia roentgenologiczne. Identyczność z ergosteryną Mercka potwierdzały wyniki analizy elementarnej oraz spektroskopowej.

W ślad za pismem nadesłane próbki wypróbowaliśmy na dwu niemowlętach w klinice i 7-miu w poradni dla niemowląt. Leczenie przeprowadzaliśmy w tych samych warunkach, jak przy „Vigantolu", a w ocenie wyników leczniczych kierowaliśmy się temi samemi kryterjami. Wynik leczenia ilustrują załączone tablice.

Jak widzimy, we wszystkich przypadkach bez wyjątku okazała się naświetlana ergosteryna tak w postaci „Vigantolu", jak i „Vitavitu" środkiem skutecznym. Najcięższe nawet zmiany krzywicze ustępowały w ciągu 4—7 tygodni.

Wpływ leczniczy zaznaczał się często już w 5 dni po rozpoczęciu leczenia zmniejszeniem się potów i ustąpieniem tarcia główką, wyraźną zaś poprawę w stanie ogólnym dzieci stwierdzić można było w większości przypadków po 10 dniach. Niemowlęta jeszcze przed kilku dniami gnuśne, ospałe i bezwładne, wrażliwe na lekki ucisk i krzykliwe, po 5 dniach leczenia ożywiały się, zaczynały poruszać kończynami, unosić główkę, a w czasie badania dzięki ustąpieniu bolesności uciskowej zachowywały się spokojnie.

Poprawa w stanie uwapnienia kośćca zauważyć się dawała już w 10 dni. Rozmiękczenie potylicy ustępowało prawie bez wyjątku po trzech tygodniach. W tym czasie stwierdzić można było twardnienie kośćca klatki piersiowej i wyrównywanie brózd Harrinsona, cofanie się różańca i zgrubienia nasad kości długich, oraz zmniejszenie wymiarów ciemienia.

Poziom fosforu, wynoszący w naszych przypadkach przed leczeniem 1,9 do 4,1 mg %, w 5-tym dniu leczenia jeszcze niezmieniony, w 10-tym dniu wykazywał podwyżkę wynoszącą 0,5 do 1,8 mg %, w dalszym zaś ciągu leczenia wzrastał szybko i osiągał normalną wartość po 4-ch tygodniach.

W badaniu roentgenologicznem wpływ leczniczy zaznaczał się już po 15-tu dniach leczenia, wyraźną poprawę w stanie uwapnienia kości stwierdzaliśmy zazwyczaj po trzech tygodniach, po upływie zaś $4^1/_2$—6 tygodni osiągały kości normalną zbitość, a zaburzenia we wzroście względnie rozwoju nasad cofały się zupełnie.

Objawy tężyczki jawnej nie wystąpiły u żadnego z dzieci dotkniętych tą chorobą po 10-tym dniu leczenia, objawy utajonej (chwostek: +) ustępowały do 15-tu dni.

O energicznem działaniu środka na cierpienie zasadnicze świadczy korzystny przebieg powikłań grypą, nieżytem oskrzeli i odoskrzelikowem zapaleniem płuc. U dwojga niemowląt, wykazujących gruźlicze powiększenie gruczołów chłonnych stwierdzić mogliśmy poprawę łaknienia i przyrost wagi ciała, nie spostrzegaliśmy zaś żadnych objawów w rodzaju opisanych przez Degkwitza.

Wszystkie dzieci bez wyjątku przyjmowały ergosterynę, zarówno w roztworze olejowym, jak i w pastylkach oraz drażetkach chętnie, łaknienie stale było dobre, a zaburzenia w odżywianiu nie występowały częściej niż zwykle i nie zdawały się pozostawać w jakimkolwiek związku z podanym środkiem. Leczyliśmy je, jak zwykle, a przebieg i czas trwania nie różnił się niczem od zwykłego przebiegu. Ergosterynę podawaliśmy przytem bez przerwy.

Zauważyliśmy natomiast, że zaburzenia w odżywianiu — nawet w postaci lekkiej dyspepsji — przedłużały czas leczenia. Przypadek kliniczny III., powikłany grypową dyspepsją parenteralną, trwającą około 10-ciu dni, dopiero w 15-tym dniu wykazywał nieznaczną poprawę w stanie ogólnym, a pierwszy wzrost poziomu fosforu krwi stwierdziliśmy dopiero w 20-tym dniu leczenia. Do ostatecznego zaś wyleczenia krzywicy, t. j. ustąpienia objawów klinicznych, osiągnięcia normalnego poziomu fos-

Data	Wiek	Sposób leczenia	Stan kliniczny	Stan roentgenologiczny	P. krwi w mg. %
			I.		
25/XI.	Danuta K. 5 miesięcy	2× dziennie po 5 kropli „Vitavitu“	Waga 5.280 g. Dziecko poci się, rozległy craniotabes. Kostki i różaniec.	Kości przedramion o niewyraźnych konturach i zadartej strukturze. Nasady kubkowato rozszerzone, brzegi dystalne nieregularne i postrzępione.	2.2
15/XII.	„	„	Waga 5.670 g. Dziecko uśmiechnięte, trzyma głowę dobrze. Łaknienie dobre. Stolce prawidłowe. Potylica twarda.	Zaznaczona poprawa w stanie uwapnienia kości.	5.4
25/XII	„	„	Waga 6.010 g. Dziecko ma się dobrze. Próbuje siadać.	Wyraźna poprawa. Kubkowate zuiekształcenia cofają się, brzegi dystalne wyraźne. Kontury kości wyraźne, struktura obfita.	6.3
			II.		
27/XI	Jadwiga P. 4 miesiące wcześniak	2 × dziennie po 5 kropli „Vitavitu“	Waga 3.960 g. Dziecko poci się. Trze głowę. Rozległy craniotabes. Wybitny różaniec i kostki.	Kości przedramion silnie odwapnione. Rysunek zatarty. Kontury niewyraźne. Nasady kubkowato rozszerzone, a brzegi dystalne panewkowate i postrzępione.	2.4
15/XII	„	„	Waga 4.390 g. Czaszka twarda. Dziecko podnosi głowę. Łaknienie i stolce dobre.	Brzeg nasady nieco wyraźniejszy, tkanka kostna na granicy chrząstki nasadowej zagęszcza się.	5.1
25/XII	„	„	Waga 4.580 g. Stan ogólny dobry. Pozatem jak wyż.	Wszystkie kości silniej uwapnione. Struktura znacznie wyraźniejsza. Panewkowata wklęsłość nasady wyrównana. Kubkowate zniekształcenie cofa się.	5.9

Wiek	Stan przed leczeniem		Czas i sposób leczenia	Stan po leczeniu	
	Stan kliniczny	P. krwi w mg. %		Stan kliniczny	P. krwi w mg. %
Kazimierz S. 5 mies.	Waga 5.720 g. Craniotabes. Różaniec i kostki. Grypa.	2.1	5 tygodni 2× dziennie po 5 kropli Vitavitu	Waga 6.360 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	6.2
Janina P. 4 mies.	Waga 4.910 g. Ciężka krzywica. Grypa.	3.3	6 tygodni jak wyżej	Waga 5.810 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	5.9
Alina K. 3 mies. wcześniak.	Waga 3.000 g. Rozległy craniotabes.	2.6	5 tygodni jak wyżej	Waga 5.610 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	6.7
Barbara L. 6 mies.	Waga 6.120 g. Bardzo ciężka krzywica. Bronchopneumonia.	1.3	5 tygodni jak wyżej	Waga 6.410 g. Kościec twardy. Stan ogólny dobry.	5.9
Wojciech W. 5 mies.	Waga 4.670 g. Średnio ciężka krzywica. Od tygodnia dyspepsia.	2.2	6½ tygodnia jak wyżej	Waga 5.190 g. Kościec twardy. Stolce przez 1-szy tydzień dyspeptyczne, od 5½ tygodni stale dobre.	6.4
Józef M. 9 mies.	Waga 8.310 g. Głowa kwadratowa. Ciemię 2×2. Bronchitis. Dziecko nie siedzi.	4.1	4 tygodnie jak wyżej	Waga 9.200 g. Ciemię 1½ na 1½. Dziecko siedzi uśmiechnięte, ma się dobrze.	5.9
Karol R. 5 mies.	Waga 6.020 g. Ciężka krzywica.	2.1	5 tygodni jak wyżej	Waga 6. 470 g. Kościec twardy.	6.7

foru krwi, oraz wyraźnej poprawy w stanie uwapnienia kości, dającej się stwierdzić roentgenologicznie, potrzeba było 6-ciu tygodni leczenia, a zatem o $1^1/_2$ do 2 tygodni więcej, niż w pozostałych 3 przypadkach.

To samo obserwowaliśmy w trzech przypadkach przychodnianych, gdzie z powodu dyspepsji leczenie trwało 7 tygodni, podczas gdy w pozostałych 16-tu przypadkach mieliśmy zupełne wyleczenie po 4—6 tygodniach. Fakt ten tłumaczymy sobie upośledzoną resorbcją ergosteryny przez przewód pokarmowy niemowlęcia, dotkniętego zaburzeniem jelitowem.

Równie dzielnym środkiem okazała się naświetlana ergosteryna w zastosowaniu zapobiegawczem. Wcześniak, urodzony w połowie września z wagą 1,650 g, dostawał od 6—10 tygodnia życia 1 raz dziennie 5 kropli Vigantolu. W wieku 4 miesięcy ważył 3,970 g, nie wykazywał żadnych objawów krzywicy, a fosfor krwi wynosił 5,9 mg %. Dwoje bliźniąt, urodzonych z wagą 2,050 i 2,100 g, otrzymywały zapobiegawczo od 5 do 10 tygodnia życia 2 razy dziennie po 2 krople Vigantolu. W wieku 5 miesięcy ważyły 4,430 i 4,610 g, również nie wykazywały żadnych objawów krzywicy, a fosfor krwi wynosił 6,1 i 5,8 mg %. Te same wyniki mieliśmy z Vitavitem. 5-cioro niemowląt, w tem jedno wczesne (2,010 g) i dwoje bliźniąt (3,050 i 3,170 g) oraz dwoje donoszonych, lecz w złych warunkach żyjących dzieci poradnianych dostawały przez 6 tygodni dziennie po 4 krople Vitavitu. U żadnego z tych dzieci (kontrolowanych przez sześć miesięcy co 7—14 dni) nie wystąpiły objawy krzywicy, a stan ogólny, waga ciała i odporność nie pozostawiały niczego do życzenia . U wszystkich dzieci, tak w czasie leczenia, jak też w następnych miesiącach ich życia nie obserwowano żadnych objawów, które świadczyć mogłyby o szkodliwem lub niekorzystnem działaniu ubocznem środka.

Na podstawie powyższych wyników twierdzimy, że w naświetlanej ergosterynie zyskała wiedza lekarska pełnowartościowy środek leczniczy. Środek ten stosowany w odpowiednich dawkach (leczniczo 4 mg dziennie, zapobiegawczo 2 mg dziennie) nie wywołuje żadnego szkodliwego działania ubocznego, a w działaniu przeciwkrzywiczem nie ustępuje lampie kwarcowej. Nie posiada wprawdzie działania środka ergotropowego, jakie daje lampa kwarcowa i z tego powodu prawdopodobnie nie wywiera większego wpływu na odporność w znaczeniu ogólnem, nie wpływa też na zmiany krwi, towarzyszące krzywicy, co zresztą i przy lampie kwarcowej jest wątpliwe, góruje jednak nad lampą kwarcową pod innymi względami. I tak podczas gdy lampa kwarcowa dostępna jest tylko dla dzieci miejskich, ergosterynę można stosować także na najbardziej zapadłej wsi, odległej o dziesiatki kilometrów od miasta zaopatrzonego w prąd elektryczny. Stosowanie ergosteryny jest przytem proste i łatwe i nie zabiera czasu matkom, które często z trudnością tylko decydują się na chodzenie do naświetlań.

Stosując leczenie ergosteryną unika się skupień dzieci w poczekalniach i w czasie naświetlania, które często odbywać się musi ze względów oszczędnościowych i przestrzennych masowo i z tego powodu bywa niejednokrotnie źródłem zakażeń grypą, odrą i kokluszem.

Leczenie ergosteryną stosować można bezpośrednio po stwierdzeniu krzywicy także w przypadkach powikłanych schorzeniami grypowemi, zarówno w postaci nieżytu nosa i gardła, jak i zapalenia oskrzeli, oskrzelików i płuc, w których stosowanie lampy kwarcowej tak z powodu powikłań, jak i niebezpieczeństwa zakażenia innych dzieci jest wprost wykluczonem. Posiada to podwójne znaczenie, po pierwsze ze względu na możliwość bezzwłocznego przystąpienia do leczenia choroby zasadniczej t. j. krzywicy, powtóre na korzystny wpływ pośredni na powikłania.

W porównaniu z tranem naświetlana ergosteryna zasługuje na jeszcze większe uznanie. Tran przyjmują niemowlęta na ogół niechętnie, tran wywołuje też często objawy dyspeptyczne. Przedewszystkiem jednak tran zawiera nie stałe ilości witaminy D, a przytem tak małe (25 gr tranu = przeciętnie 1 mg ergosteryny), że nie nadaje się do leczenia przypadków ciężkich, może być natomiast stosowany jako środek zapobiegawczy.

Nad naświetlanem mlekiem góruje ergosteryna tak w zastosowaniu leczniczem, jak i zapobiegawczem. Wskutek naświetlania mleko ulega jekoryzacji t. j. nabywa niemiłego zjełczałego zapachu, doznaje przytem ogólnej denaturacji, zawartość zaś witaminy D w zależności od różnic w składzie i zawartości prowitaminy jest niestała, stąd niema możności dokładnego dawkowania. Skoro do tego dodamy wysokie ceny mleka naświetlanego i trudności natury praktycznej, jak odległość miejsca zamieszkania konsumenta od stacji naświetlania mleka, trudności w przewozie i przechowywaniu, bez wahania przyznamy wyższość wyodrębnionej chemicznie i dzięki temu dokładnie dającej się dawkować witaminie D, której nabycie i przechowywanie nie przedstawia żadnych trudności, dawkowanie jest proste, a skutek leczniczy niezawodny.

Jak wiele innych środków leczniczych, tak też i naświetlana ergosteryna może być w pewnych warunkach środkiem szkodliwym. Większego znaczenia pod względem praktycznym nie posiada toksyczne ciało, powstające przy nadmiernie długim naświetlaniu ergosteryny, bo do uczynnienia witaminy D tak długich naświetlań nie potrzeba. Ważne są natomiast spostrzeżenia o toksycznem działaniu zbyt wysokich dawek Vigantolu u zwierząt, które, jak wykazali A r v a y, P f a n n e n s t i e l, K r e i t m a i r, M o l l i H e u b n e r prowadzą do odkładania złogów wapnia w ścianach naczyń krwionośnych, w mięśniu sercowym, w przewodzie pokarmowym i w nerkach, do zaniku śledziony i do wtórnego zwyrodnienia narządów miąższowych, a nawet do martwicy i do zmian zapalno - krwotocznych. Klinicznie to toksyczne działanie objawia się brakiem apetytu, sennością, przyśpieszonymi oddechami, spadkiem wagi ciała oraz biegunką. Ostatecznie giną zwierzęta wśród objawów wyniszczenia.

Praktycznym wnioskiem powyższych spostrzeżeń jest pytanie, czy naświetlana ergosteryna może dawać także u dzieci niebezpieczeństwo zatrucia. Teoretyczne rozważania przemawiają przeciwko temu. Z doświadczeń na zwierzętach wynika bowiem, że między dawką leczniczą, a toksyczną jest wielka różnica. I tak: podczas, gdy dawką leczniczą dla szczura jest jeszcze 1/10,000 mg, najniższa dawka toksyczna wynosi około 1 mg. U kury leczniczo działa 1/100 mg, natomiast dawka 50 mg nie daje jeszcze objawów toksycznych. Z dawki toksycznej dla kotów (5 mg) wynika, że dla człowieka dorosłego toksyczną mogłaby być dopiero dawka 100 mg, z dawki szczura będzie ona jeszcze wyższą. Tymczasem w celach leczniczych wystarcza dla dorosłego dawka 5 mg. U dzieci niebezpieczeństwo zatrucia jest mniejsze, ponieważ rozwijający się kościec młodego ustroju może zużytkować znacznie więcej wapnia, aniżeli kościec ustroju dorosłego, ustrój zaś krzywicy ma zapewne jeszcze wyższą tolerancję.

Wbrew tym rozważaniom teoretycznym spotyka się w piśmiennictwie ostatnich miesięcy głosy, przestrzegające przed zbyt swobodnem stosowaniem naświetlanej ergosteryny. Obliczeniom opartym na dawkach z doświadczeń na zwierzętach całkiem słusznie zarzuca się, że sposób działania ergosteryny na ustrój zwierzęcy i ludzki może być różny. Pisze się o przypadkach idjosynkrazji vigantolowej i o objawach dyspeptycznych, wreszcie uszkodzeniu nerek (Cylindrurji), spostrzeganych w czasie i pod wpływem leczenia naświetlaną ergosteryną. Spostrzeżenia te, kwestjonowane przez innych autorów, wymagają dalszych badań i obserwacyj, w każdym razie jednak nakazują ostrożność w ustalaniu wskazania do leczenia i w określaniu wysokości dawek. My sami w chwili bieżącej nie możemy zaprzeczyć możliwości szkodliwego działania tego środka w dawkach większych i nie kwestjonujemy możliwości istnienia hypervitaminozy D, nie mamy bowiem na to dowodów, o możliwości zaś powyższych szkód świadczą spostrzeżenia innych autorów. W każdym razie twierdzimy, że witamina D, stosowana w dawkach do 4 mg dziennie przez okres 4 — 8 tygodni, przy opisanej powyżej skuteczności przeciwkrzywiczej nie daje najmniejszych objawów, które mogłyby być pomawiane o szkodliwe lub niekorzystne działanie uboczne.

Piśmiennictwo:

1) A d a m: Ist das antirachitische Vitamin des Lebertrans ein bestrahltes Ergosterin. Klin. Wochenschr. Nr. 27. 1927. — 2) B a h l: Erfahrungen mit Vigantol. Zeitschr. f. Kinderheilk. Band 46. H. 4. 1928. — 3) B a u m r i t t e r: Przyczynek do leczenia krzywicy ergosteryną naświetlaną. Warsz. Czasopismo Lek. Nr. 11. 1928. — 4) B e c k: Ueber die Behandlung der Rachitis mit bestrahltem Ergosterin. Therapie der Gegenwart. Heft 9. 1927. — 5) B e u m e r: Das antirachitische Prinzip. Monatschr. f. Kinderhlk. B. 38. 1928. — 6) B e u m e r - F a l k e n h e i m: Ueber das Ergosterin u. seine antirachitische Wirksamkeit bei Säuglingen. Klin. Wochenschrift Nr. 17. 1927. — 7) E d e l s t e i n: Ist die antirachitische Aktivierung der Milch an die Milchsterine gebunden? Zeitschrift f. Kinderheilkunde Band 43. 1927. — 8) F a l k e n h e i m: Zur Therapie der Säuglingsrachitis mit aktiven Ergosterinpräparaten. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 37. 1927. — 9) G i l l: Zur Behandlung der Vigantol. Monatschrift f. Kinderhlk. Band. 40. H. 6. 1928 — 10) G y ö r g y: Terapeutische Versuche mit bestrahltem Ergosterin Klin. Wochen-

schrift. Nr. 13. 1927. — 11) György: Stoffwechsel bei Rachitis. Monatschr. f. Kinderhelk. Band 38. 1928. — 12) Hottinger: Untersuchungen über bestrahltes Ergosterin. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. 1927. — 13) Hottinger: Experimentelle Untersuchungen über das antirachitishce Prinzip bestrahlter Nahrung. Zeitschr. für Kinderhlk. Band 42 u. 43. 1927. — 14) Huldschinsky: Die Therapie der Rachitis. Monatschrift f. Kinderhlk. Band 38. 1928. — 15) Klinke: Moderne Rachitisforschung. Klin. Wochenschr. Nr. 9. 1928. — 15) Kreitmair u. Moll: Hypervitaminose durch grosse Dosen Vitamin D. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 15. 1928. — 16) Ochsenius: Idiosynkrasie gegen Vigantol. Monatschr. f. Kinderhlk. Band 43. H. 1. 1929. — 17) Prinke: Erfahrungen mit dem neuen Rachitismittel von Windaus-Hess. Klin. Wochenschr. Nr. 35. 1927. — 18) Rohr u. Schultz: Ultraviolettbestrahltes enteiweisstes Milchfett, ein wirksames, wohl schmeckendes Antirachiticum. Klin. Wochenschr. Nr. 18. 1927. — 19) Schittenhelm u. Eisler: Ueber Bildung von antirachitischem Vitamin unter Lichtabschluss. Klin. Wochenschr. Nr. 24. 1928. — 20) Strote: Erfahrungen mit dem bestrahltem Ergosterin Windaus. Klin. Wochenschr. Nr. 3. 1928. — 21) Scheer u. Rosenthal: Die antirachitische Wirkung von in Kohlensäurenatmosphäre bestrahler Milch. Zeitschrift. f. Kinderhlk. Band 44. 1927. 22) Tscherkes u. Litwak: Ueber das antirachitische Prinzip des Lebertrans. Zeitschr. f. Kinderhlk. Band 43. 1927. — 23) Vollmer: Erfahrungen mit bestrahler ätherextrabierter Nahrung. Zeitschrift f. Kinderhlk. Band 43. 1927. — 24) Vollmer: Zur Cholesterintherapie der Rachitis. Zeitschrift f. Kinderhlk. Band 44. 1927. — 25) Vollmer: Beitrag zur Ergosterinbehandlung der Rachitis. Monatschr. f. Kinderhlk. Band 38. 1928. — 26) Żelewska: Czynnik przeciwkrzywiczy (prowitamina D czyli ergosteryna). Nowiny Lekarskie. Zeszyt 1. 1928.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Zofja PARFANOWICZ. Lwów.

Zastosowanie Cardiazolu w chirurgji dziecięcej.

Z Oddziału chirurg.-dziecięcego.
Prymarjusz: Dr. R. Rodziński.

Jakkolwiek chirurg niechętnie ucieka się do środków leczniczych farmakologicznych, przecież często musi sięgnąć po nie dla dobra a nawet życia swoich pacjentów. W pierwszym rzędzie zwraca się on do ważnej grupy środków nasercowych. Z nich on wybiera takie, które będą się cechowały następującemi własnościami: 1) Łatwa rozpuszczalność i łatwość wchłaniania. 2) Energiczne działanie na serce, ośrodek oddechowy i naczynioruchowy. 3) Działanie doraźne, przy jednorazowem (krótkotrwałem) podawaniu i działanie powolne ale stałe — przy protrahowanem podawaniu, czego głównym warunkiem jest nieszkodliwość preparatu.

W poszukiwaniu za takim środkiem wiedza ludzka przeszła przez rozmaite stadja i rozmaite leki. Długi czas była kamfora bodajże jedynym środkiem stosowanym doryweczo, naparstnica zaś służyła do przewlocznego leczenia wszelkich stanów osłabienia i wyczerpania mięśnia sercowego. Ponieważ jednak oba te środki mają pewne wady (kamfora: nierozpuszczalność, trudność wsysania się. szybki rozkład w organizmie; naparstnica: łatwość kumulacji, toksyczność i uboczne działania) przeto przystąpiono do produkcji środków syntetycznych, rozpuszczalnych, wśród których weszły w użycie trzy znakomite wytwory: Hexeton, Coramina i Cardiazol. Pomijając oba pierwsze zajęłam się ostatnim z nich chcąc poznać: o ile i kiedy możemy stosować Cardiazol w praktyce chirurgiczno-dziecięcej. Moje doświadczenia przeprowadziłam na 65 chorych oddziału chirurgicznego Szpitalika św. Zofji we Lwowie.

Przypadki podzieliłam sobie na trzy następujące kategorje:

1) Ostre stany niedomogi narządu krążenia, do której to grupy zaliczam asfiksje w czasie narkozy, kryzy i shoki urazowe i operacyjne.

2) Przewlołczne stany osłabienia i wyczerpania a więc długotrwałe wyniszczające choroby jak osteomyelitis, pyothorax, gorączki septyczne.

3) Schorzenia więcej natury wewnętrznej a więc ostre choroby gorączkowe, (angina, grypa), zapalenia oskrzeli i płuc pooperacyjne, gdzie oprócz działania nasercowego chodziło o działanie na ośrodek oddechowy.

Ad 1. Zapady zdarzają się u dzieci nader często. Spostrzegamy je też przy narkozie, gdzie parę kropel więcej wywołuje u wrażliwych asfiksję a mała nieostrożność w dawkowaniu lub obserwacji narkotyzowanego pociąga za sobą nieraz ciężkie asfiksje. Źrenice gwałtownie rozszerzają się, tętno niknie, dziecko sinieje i przestaje oddychać. Stan taki występuje prawie zupełnie nagle i wymaga szybkiego wkroczenia, w przeciwnym bowiem razie pociąga za sobą śmierć. W tych przypadkach zastosowanie dożylne lub domięśniowe (a nawet dosercowe) injekcji Cardiazolu w połączeniu ze sztucznem oddychaniem prawie zawsze odniosło pożądany skutek: dziecko zaczęło oddychać, sinica ustąpiła, tętno poprawiło się. Ażeby zapobiec tego rodzaju wypadkom stosowałam przed narkozą podskórne injekcje Cardiazolu i z zadowoleniem spostrzegałam, iż w czasie narkozy dzieci oddychały spokojnie i głęboko a tętno było spokojne i powolne. Z narkozy budzili się chorzy nie tak zmęczeni i wyczerpani i nie z tak lichem tętnem jak to często bywa, szczególnie po laparotomjach. Fakt ten daje się wytłumaczyć eksperymentalnie na zwierzętach dowiedzionem (przez Hildebrandta i Schoena) działaniem już na serce zdrowe, czego brak kamforze.

Podnosząc ciśnienie krwi, powiększając jego amplitudę a wzmacniając mięsień sercowy działa Cardiazol korzystnie przy wszelkich wstrząsach (pobiałkowe, anafilaktyczne) i urazach. Z tych ostatnich był on stosowany przy urazach głowy, uszkodzeniach czaszki (4 przyp. z tych jeden skaleczony sieczkarnią, drugi kieratem a dwa kopnięte przez konie) przy tak częstych u dzieci zranieniach rąk i nóg (przez maszyny gospodarcze, noże) (17 przypadków). Celem podawania było: wzmocnić serce przed zabiegiem lub po nim — i cel ten w zupełności osiągano.

Jednym z najcięższych urazów jest operacja a przedewszystkiem laparotomja. Zastanawiając się nad zachowaniem się tętna i ciśnienia w czasie tego zabiegu jakoteż nad zastosowaniem Cardiazolu przed nią i w czasie niej, obserwowałam 8 przypadków ostrej appendicitis. Z tych przytaczam tylko dwa różne co do przebiegu i zejścia jakoteż zachowania się pod wpływem Cardiazolu.

I. *Appendicitis acuta perforativa.* Chory J. P., 8 l., liczba prot. 62. Anamneza: Od trzech dni bóle brzucha, stolec zaparty, wiatry nie odchodzą. Wymioty. (Wykres I.).

Stan obecny: Rozlana bolesność całego brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. *Defense musculaire* w okolicy prawej biodrowej. Mac. Burney, Rovsing +. Leukocytoza 22,100. Temperatura 38,2° C. Tętno 162/min. Ciśnienie 85 mm Hg. Przystąpiono do laparotomji. 15 min. przedtem injekcja Cardiazolu. Jak widać na załączonym wykresie w 5 min. po injekcji tętno uległo (małemu wprawdzie) zwolnieniu a ciśnienie podwyższeniu, co utrzymywało się i powiększało do chwili otwarcia jamy brzusznej. W tej chwili ponowny spadek ciśnienia i przyśpieszenie tętna. W tej chwili druga injekcja Cardiazolu. Następuje podwyższenie ciśnienia, powiększenie jego amplitudy. Stosunki w jamie brzusznej: wyrostek robaczkowy zropiały, w okolicy ileocoekalnej ropa, dookoła zlepy. Przez cały okres pooperacyjny chory dostawał Cardiazol z początku w podskórnych injekcjach, potem w kroplach (10% roztwór 3 × dz po 10 kropel). Wyleczony opuścił oddział.

II. *Appendicitis gangraenosa.* Chory B. J., 10 l., l. prot. 1630. Anamneza: Od dwudziestuczterech godzin bóle brzucha, wymioty, zaparcie stolca. (Wykres II.).

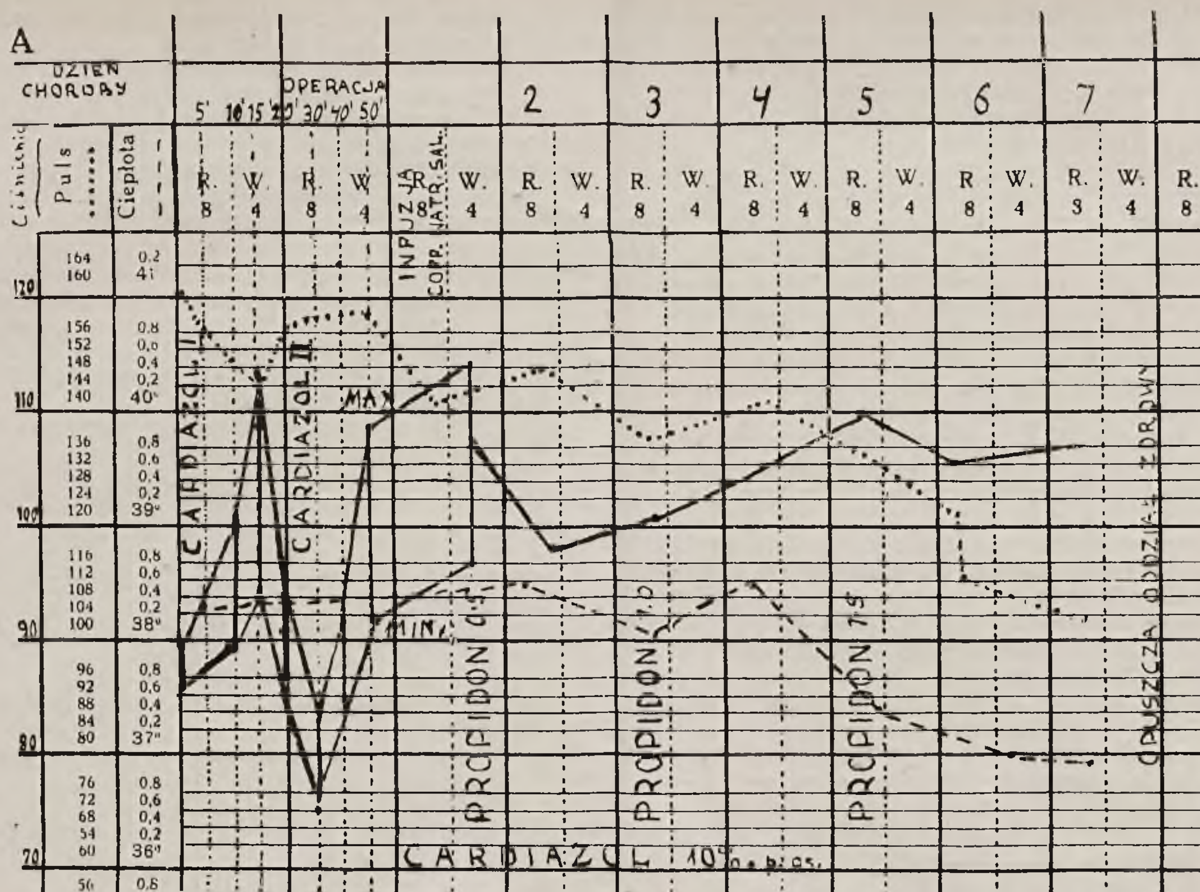
Stan obecny: *Facies abdominalis,* tętno 150. Leukocytoza 31,070. Ciśnienie 70 mm Hg. Język podsychający. Brzuch: bolesność prawej okolicy biodrowej, tamże *defense musculaire.* Mac Burney, Rovsing ++. Pierwsze podanie Cardiazolu poprawia stan tętna i ciśnienia bardzo mało, drugie zaś nie jest w stanie przeciwdziałać spadkowi ciśnienia. Tętno liche, ledwie wyczuwalne. W jamie brzusznej: w okolicy kątnicy i w Douglasie ropa. Wyrostek zropiały. Mimo dalszych zabiegów, stosowania infuzji i środków nasercowych, stan z dnia na dzień gorszy. Do czterech dni *exitus letalis.*

Badania przeprowadzone na szeregu podobnych przypadków doprowadziły mię do następujących wniosków:

1) Cardiazol zastosowany w czasie operacji wpływa korzystnie na jej przebieg, albowiem podnosi ciśnienie, zwiększa jego amplitudę, wzmacnia mięsień sercowy i reguluje tętno.

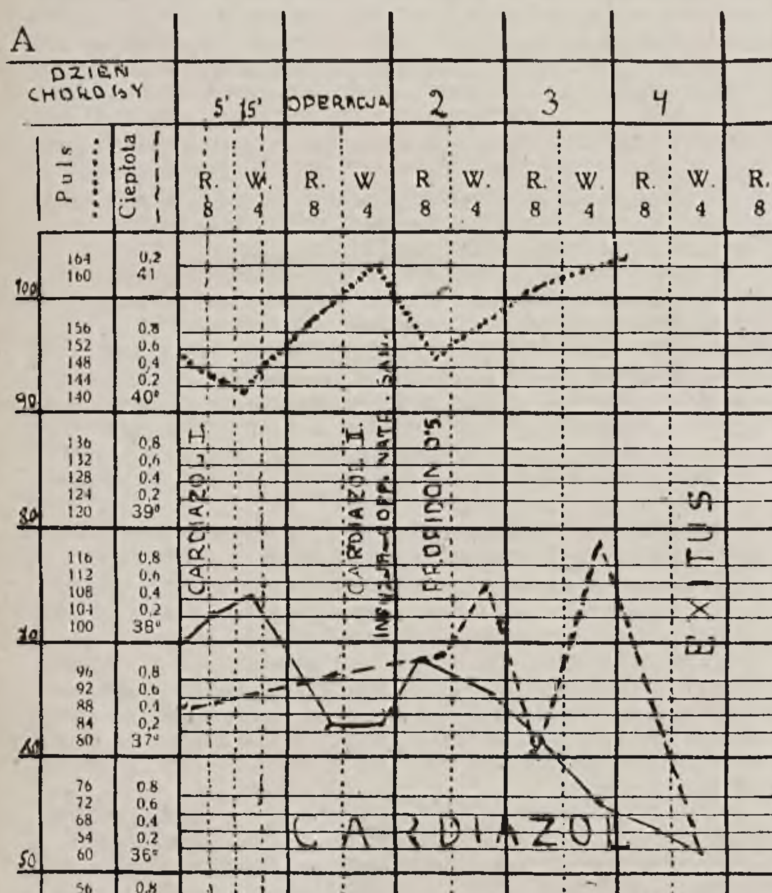
2) W przypadkach bardzo ciężkich, gdzie proces jest bardzo złośliwy działanie Cardiazolu jest znikome lub żadne. W ten sposób środek ten może nam służyć jako wskaźnik ciężkości schorzenia a tem samem może nam się przyczynić do rokowania. Gdzie działanie jego jest znikome lub żadne a rokowanie jest złe wynik będzie niepomyślny.

W zakresie *drugiej grupy,* to jest podawania Cardiazolu przy przewlołcznych, wyczerpujących chorobach chirurgicznych obserwowałam 11 przypadków ropnia opłucnej *(Pyothorax)* i szereg zapaleń szpiku kostnego. Obie te choroby są bardzo częste w wieku dziecięcym a ciągnąc się miesiącami a nawet latami *(osteomyelitis)* i przebiegając wśród wysokich nieraz gorączek septycznych *(pyo-*



Wykres I.

thorax) wyniszczają organizm dziecięcy, a do serca stawiają duże wymagania. Przy osteomyelitis podawano Cardiazol tygodniami, mimo gorączek tętno było dobre a ciśnienie utrzymywało się w miernych granicach. Szczególnie zachodziła potrzeba stosowania środków nasennych w czasie tworzenia sekwestrów, jakoteż



Wykres II.

w dniu podawania Propidonu, która to szczepionka może być dla słabego serca niebezpieczną. W tych wypadkach Cardiazol okazał się bardzo skutecznym środkiem pomocniczym.

Pyothorax — mimo licznych modyfikacyj metod leczniczych nie stracił nic ze swej grozy i niebezpieczeństwa. Słabsze dzieci ulegają temu przewlocznemu ropieniu ginąc z powodu sepsis, pyemji czy wyczerpania. W czasie leczenia koniecznem jest podawanie środków nasercowych. W stanach znaczniejszych osłabień podawano injekcje, zresztą zaś w kroplach lub tabletkach. Oto kilka przypadków:

J. Z., l. 5, l. prot. 371. *Pyothorax dexter*. Wywiady: chory od $2^1/_2$ miesiąca: przebył koklusz, potem zapalenie płuc, od tej pory kaszle i gorączkuje.

Stan obecny: klatka piersiowa: po lewej stronie wypuk jawny, po prawej stłumienie sięgające do grzebienia łopatki. Przysłuchem: szmery oddechowe osłabione w zakresie stłumienia, powyżej zaś oskrzelowe. 28. III. punkcja: gęsta zielonawa ropa. 29. III. oper. m. Bülau. Długi dren. Wychodzi olbrzymia ilość ropy. Przez resztę tego i następny miesiąc septyczne gorączki do 39,5. Tętno 125 — 160. Zastosowano leczenie propidonem, podawano nalewkę naparstnicową, W połowie kwietnia Cardiazol. Tętno już przedtem zwolnione naparstnicą (90 — 120) utrzymuje się na tymże poziomie. Z początkiem maja ropotok znacznie zmniejsza się, temperatury obniżają się, a od 10. V. dziecko bez temperatury. Seton założony 27. V. usunięto, rana goi się. Stan i wygląd dziecka dobre.

M. J., l. 3, l. prot. 30. *Pyothorax sinister*. Wywiady: od 3 tygodni kaszle.

Stan obecny: ...po stronie prawej wypuk jawny po lewej stłumienie do połowy łopatki. Szmery oddechowe osłabione, z głębi oskrzelowy. Po wykonaniu punkcji operacja m. Bülau 3. III. Obfity ropotok, temperatura 38,9. Przez resztę tegoż miesiąca, jakoteż cały następny wysokie septyczne gorączki, dużo ropy. Stosowano leczenie Propidonem, podawano injekcje digitoksyny, a od 18. IV. Cardiazol. Przez pierwszych pięć tygodni stan ciężki, odchodzi dużo cuchnącej ropy, rana zielonawa, bez tendencji do gojenia. Z początku maja stan lepszy, najwyższa temperatura 37,5, rana zaczęła granulować, stan i wygląd dziecka lepszy. 31. V. stan bez temperatury dobry.

Takich wyleczonych przypadków dziewięć. Oczywista, dużą rolę gra tutaj odporność organizmu. Jednakowoż podnieść ją i podtrzymać siły organizmu jest zadaniem lekarza i leków — w tym

wypadku Cardiazolu. Wpływa on korzystnie nie tylko na narząd krążenia zwiększając jego sprawność ale też na ośrodek oddechowy, wskutek czego ruchy klatki piersiowej są wydatniejsze a możność odpływu ropy łatwiejsza. Przy tem trzeba zaznaczyć, że skutecznie można kombinować Cardiazol z innemi środkami nasercowemi i że n. p. tętno uregulowane naparstnicą można utrzymywać nadal na tym samym poziomie Cardziazolem.

W III grupie stosowano Cardiazol przy ostrych chorobach gorączkowych, a więc bronchitis, zapaleniu płuc, grypie, które wystąpiły bądź przypadkowo przed operacją lub też po niej. Tętno ulegało zwolnieniu, oddychanie stawało się spokojniejsze i głębsze a samopoczucie chorego poprawiało się. Za cały czas mych doświadczeń z Kardiazolem (zwyż 3 miesiące) nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci z powodu schorzenia dróg oddechowych, co się tak często zdarza u dzieci porą wiosenną. I tutaj dobre usługi oddał nam Cardiazol. Dobrą jego stroną jest jego łatwość wchłaniania z tkanki podskórnej (już po 5' uwidocznia się jego działanie) przy zastosowaniu zaś doustnem obojętny smak i brak wpływu na jelita (naparstnica) ponieważ nie działa na mięśnie gładkie. Dalej nie zauważono kumulacji ani też toksycznego działania, albowiem w żadnym z moich przypadków nie widziałem ani drgawek ani objawów zatrucia — mimo długiego podawania.

Uwzględniając więc moje doświadczenie, uważam Cardiazol za środek b. dzielny, w praktyce dziecięcej wprost niezbędny w szczególności w praktyce chirurgiczno - dziecięcej bardzo korzystny i potrzebny. Wzmacniając i pobudzając układ krążenia, wpływając na ośrodek oddechowy podnosi siły i odporność operowanego a tem samem poprawia szanse operacji.

Dr. Czesław WILCZYŃSKI, asystent oddziału. Warszawa.

Przypadek tętniaka aorty na tle kiłowem.

(Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń kiłowych narządów wewnętrznych).

Z Oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Ducha
Prymarjusz: Doc. Dr. med. S. Bronowski.

Część I.

Chora S. J., 50 lat, niezamężna, służąca, przybyła na oddział chorób wewnętrznych Doc. Bronowskiego 10. XII. 1927 r. Rodzice chorej zmarli. Matka cierpiała na uporczywe owrzodzenie policzka i silne bóle głowy; zmarła w 73 r. życia. Ojciec zmarł w średnim wieku — przyczyna śmierci niewiadoma. Z rodzeństwa 5-ro zmarło w b. wczesnem dzieciństwie, dwoje żyje.

Chora do 18 r. życia mieszkała na wsi, jako córka rolnika, czuła się zdrową. Menses od 15 do 49 r. życia — przez cały czas były normalne. Chorób zakaźnych i kobiecych nigdy jakoby nie przechodziła. Przed 6 laty przebyła operację wyrostka robaczkowego, a w $^1/_2$ r. potem operację przepukliny. Przed $2^1/_2$laty miała długotrwały obrzęk okolicy czołowej, po ustąpieniu którego pozostały bolesne wklęśnięcia w kości czołowej. Przed rokiem zjawił się bolesny obrzęk lew. stawu mostk. - obojcz. i lew. stawu barkowego; leczono bezskutecznie naświetlaniem lampą kwarcową. Pozostało potem ograniczenie ruchów i utrzymująca się bolesność przy ruchach i ucisku w stawie bark. lewym. Ostatnia choroba rozpoczęła się na 3 miesiące przed przybyciem do szpitala, stopniowo wzmagającą się chrypką i dusznością, nasilającą się zwłaszcza podczas chodzenia. Objawy te wzmogły się bardzo na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala i chora nie mogła chodzić, pracować i leżeć na wznak, w nocy b. głośno chrapała i budziła się często z uczuciem gwałtownej duszności. W takim stanie została skierowana do Kliniki laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, skąd po 10-dniowej obserwacji została przepisana na Oddział chorób wewnętrznych z rozpoznaniem: *Aneurysma aortae (luetica), stenosis tracheae e compressione.*

Status praesens. Przy pierwszem badaniu czyniła wrażenie bardzo cierpiącej. Ułożenie czynne w łóżku w pozycji przeważnie nawpół siedzącej z powodu występującej przy zmianie pozycji duszności i bólów w lewym stawie barkowym. Na pierwszy rzut oka zwracała uwagę pewna bladość cery, zlekka sinicze zabarwienie warg, tudzież oddech przyspieszony (26 na minutę), głośny, stenotyczny zwłaszcza, wdech, z przewagą typu przeponowego i z wybitną pracą mięśni dodatkowych szyjnych i brzusznych. Ciepłota normalna. Tętno przyśpieszone (ok. 90 na 1') miarowe, średnio wypełnione w obu tętnicach promieniowych równe. Tętnice obwodowe twardawe. Wciąganie wdechowe i b. nieznaczne tętnienie skurczowe w II-em międzyżebrzu lewem tuż obok mostka i w *fossa jugularis,* w głębi której stwierdzano (palcem) pulsację jednoczesną ze skurczem komór. Objaw Oliver - Cardarelli'ego był zaznaczony słabo i występował niestale.

Pozatem oglądanie i obmacywanie wykazywało: Zniekształcenie kości czołowej w okolicy prawego i powyżej lewego łuku brwiowego w postaci wklęśnięć istoty kostnej o powierzchni nie równej, na ucisk wybitnie czułych;guzowate wypuklenie w obrębie lewego stawu mostkowo - obojczykowego, niezbyt twarde, na ucisk bardzo czułe. Pewne zniekształcenie, znaczną bolesność uciskową i wybitne ograniczenie ruchów w lewym stawie barkowym (chora nie mogła unieść lewej kończyny górnej powyżej poziomu barków). Znaczny brak uzębienia (zachowane tylko 5 zębów; liczne korzenie próchniejące). Klatka piersiowa ustawiona bardziej wdechowo, mało ruchoma. Na skórze brzucha blizna pooperacyjna *(post appendectomiam)* i nieliczne *striae gravidarum.* Nierówność powierzchni i brzegów *tibiae,* po obu stronach, czyniąca wrażenie przebytego dawniej zapalenia okostnej.

Badanie fizykalne narządów klatki piersiowej dało wyniki następujące:

Płuca: Dźwięk opukowy w obrębie płuc naogół jawny, obustronne nieznaczne obniżenie dolnych brzegów płucnych, których ruchomość oddechowa czynna okazała się nieco ograniczoną. Osłuchowo stwierdzono zaostrzenie wdechu w górnej $^1/_3$ obu płuc od tyłu, przyczem wydech i cichoszept w górnych odcinkach obu płuc był słyszalny. W pozostałych częściach płuc stwierdzono wybitne osłabienie szmeru oddechowego, szczególniej w dolnej $^1/_3$ lewego płuca i rozlane w obu płucach furczenia i świsty. Przewodnictwo głosowe było wybitnie zaznaczone nad całą górną połową kręgosłupa, gdzie cichoszept występował bardzo wyraźnie (objaw d'Espine'a dodatni).

Serce: Opukowo stwierdzono znacznych rozmiarów stłumienie nad całą rękojeścią mostka, zachodzące na wewnętrzną $^1/_3$ część prawego obojczyka, oraz na szerokość 1 p. na obojczyk lewy i rozprzestrzeniające się z obydwóch stron rękojeści mostka, przyczem granica stłumienia przechodziła po stronie prawej skośnie do przyczepu mostkowego chrząstki 2-go żebra, zaś po stronie lewej granica stłumienia przebiegała na 2 — $2^1/_2$ pp. na zewnątrz od brzegu mostka, zlewając się ze stłumieniem bezwzględnem serca; prawa granica stłumienia bezwzgl. serca przebiegała na linji mostkowej prawej, lewa zaś znajdowała się na linji środkowo - obojczykowej lewej na 6-tem żebrze. Osłuchowo stwierdzano dość głuche tony nad koniuszkiem serca; podwójny szmer (skurczowy i rozkurczowy) w obrębie stłumienia mostkowego, słyszalny najintensywniej wzdłuż prawego brzegu mostka i przenoszący się ku górze w okolicę prawego obojczyka oraz wybitne wzmożenie 2-go tonu nad tętnicą główną. Ciśnienie krwi było w obu tętnicach ramiennych jednakowe i wynosiło mx. 110 mn. 50 (Pachon).

Wątroba nie była powiększona. Ze strony pozostałych narządów jamy brzusznej i innych narządów i układów nie stwierdzono nic nienormalnego.

Prócz powyższych danych z wywiadów i stanu obecnego rozporządzaliśmy następującemi wynikami badań dodatkowych i specjalnych:

1) Badanie rentgenologiczne, wykonane w dniu 3. XII. 1927 r. opiewało: „Stwierdza się bardzo znaczne rozszerzenie aorty wstępującej, łuku i aorty zstępującej. Całość wyraźnie tętni. *Diagn. Aneurysma diffusum aortae et art. subclaviae dextrae".*

2) Odczyn Wassermanna w surowicy krwi, wykonany w P. Z. H. dnia 7. XII. 1927 r. okazał się silnie dodatnim (+++).

3) Badanie laryngoskopowe, wykonane w klinice laryngologicznej Uniw. Warsz. w początku grudnia 1927 r., wykazywało zaczerwienienie i obrzęk strun głosowych, w lutym zaś 1928 r. — niedowład lewej struny głosowej, powodowany uciskiem aorty na *n. recurrens.*

4) Badanie moczu, wykonane parokrotnie przed rozpoczęciem kuracji, nie wykazywało nic nienormalnego.

Reasumując wyniki tych badań, można było ustalić rozpoznania następujące:

1) *Lues III seropositiva cum periostitide ossis frontalis et tibiarum. Arthrolues tardiva* (Schlesinger) *articulationis humeri sin et arthritis gummosa art. sterno - clavicular. sin.*

2) *Aneurysma aortae diffusum et a. subclav. dextr. (luetica).*

3) *Condensatio apicum pulmonum utriusque, Emphysema partis inferioris pulmonum utriusque. Bronchitis chron. exacerbata. Stenosis tracheae e compressione. Oedema glottidis.*

4) *Clymacterium.*

Rozpoznanie, dotyczące płuc, było potwierdzone wykonanem w następstwie badaniem roentgenologicznem, które dnia 12. IV. 1928 r. wykazywało: „Ruchy przepony mało rozległe. Kąty przeponowo-żebrowe słabo się rozwierają. Podstawy płuc zbyt przejrzyste. Cienie wnęk wzmożone. Szczyt lewy przymglony, słabo się wyjaśnia przy kaszlu. Lekka skolioza kręgosłupa".

Zastosowane przezemnie leczenie polegało początkowo na podawaniu chorej w ciągu kilkunastu dni większych dawek KJ., (3 razy dziennie po 1,0 w roztworze 5 procentowym, ogółem chora zużyła około 40,0 KJ.). Pod wpływem tego leczenia wystąpiła wybitna poprawa subjektywna i objektywna. Ustąpiła duszność, bezsenność, sinica, oddech stał się mniej stenotycznym, chrapanie nocne, uniemożliwiające przedtem sen wszystkim chorym na sali szpitalnej, ustąpiło; chora stała się weselszą i zapytywała, czy prędko będzie mogła opuścić szpital i powrócić do swych normalnych zajęć. Miejscowe polepszenie wyraziło się w zmniejszeniu intensywności szmerów sercowo naczyniowych, zmniejszeniu na 1 p. od strony lewej granic stłumienia sercowo-naczyniowego, ustąpieniu obrzęku i bolesności uciskowej w obrębie stawu mostkowo-obojczykowego lewego, ustąpieniu bolesności w obrębie kości czołowej i stawu barkowego lewego. Po kilkunastodniowej kuracji wyłącznie jodowej i pomimo niezawodnego efektu terapeutycznego, zmuszony byłem zaniechać dalszego podawania jodu z powodu wzmożenia objawów nieżytu oskrzeli i co pewien czas zjawiających się wzniesień ciepłoty, które przy istniejących objawach szczytowych kazały przypuszczać istnienie swoistej sprawy w płucach *(apicitis tbc.)*.

Następnie przeszedłem do intensywnego i długotrwałego stosowania wcierek szarej maści rtęciowej, stosując ją w ilości początkowo trzech, następnie czterech gr. p. dosi w ciągu około trzech miesięcy z rzędu, z dwukrotną klikudniową przerwą. Ogółem otrzymała chora 61 wcierek, co stanowi 203 gr. *Ung. hydrarg. ciner.* Wcierki znosiła bardzo dobrze. Ani razu nie stwierdzono jakichkolwiek powikłań ze strony dziąseł, nerek i przewodu pokarmowego. W tym okresie terapji wyłącznie rtęciowej polepszenie subjektywne utrzymało się, ogólny stan chorej, w szczególności stan odżywiania, uległ poprawie, waga ciała wzrosła o 1,1 kg. Miejscowe polepszenie polegało na stopniowem zmniejszaniu się przestrzeni stłumienia sercowo-naczyniowego, zniknięciu przytłumienia, odnotowywanego poprzednio nad prawym obojczykiem, dalszem zmniejszeniu objawów uciskowych, w szczególności chrypki. Dwa szmery, słyszalne najintensywniej wzdłuż prawego brzegu mostka, pozostawały bez zmiany. Pewne polepszenie miejscowe ze strony tętniaka wyraziło się również na ekranie, jak to widać z zestawienia wyników badania rentgenoskopijnego i z rentgenogramów z dnia 3. XII. 1927 r. i 12. IV. 1928 r.

3. XII. 1927 r. „Badanie stwierdza *bardzo znaczne rozszerzenia aorty wstępującej, łuku i aorty zstępującej*. Całość wyraźnie tętni. Diagn.: *Aneurysma diff. aortae et a. subclav. dextrae*". (p. zdjęcie Nr. 2369 z dnia 3. XII. 1927 r.).

12. IV. 1928 r. „Serce typu aortalnego. *Cień aorty równomiernie rozszerzony w znacznym stopniu*". (p. zdjęcie Nr. 620 z dnia 12. IV. 1928 r.).

Na sanację krwi terapja rtęciowa nie wpłynęła jednak zupełnie. Odczyn Wasermanna w surowicy krwi, pobranej 5. III. 1928 r. w okresie wcierek i 12. IV. 1928 r. t. j. w 8 dni po ostatecznem zaprzestaniu stosowania wcierek rtęciowych, wykazywał stale cztery plusy (++++).

Zauważone w okresie terapji jodowej wzniesienia ciepłoty występowały co pewien czas i w okresie leczenia rtęciowego, co wraz z utrzymującemi się objawami zagęszczenia szczytów płucnych potwierdzało rozpoznanie *Apicitis pulm. tbc.*

Po przerwaniu wcierań rtęciowych obserwowano chorą w ciągu około 3 tygodni, nie stosując żadnych leków specyficznych.

W związku z zauważonem nasileniem się niektórych objawów patologicznych (wzmożenie intensywności szmerów sercowo-naczyniowych, zwiększenie chrypki, bezsenność i przyśpieszenie tętna) i wobec trwania (12. IV. 1928 r.) wybitnie dodatniego odczynu Wassermanna, postanowiłem kontynuować leczenie specyficzne. Zacząłem stosować doustnie Stovarsol (Spiessa), według metody zalecanej przez Levaditiego t. j. podając 2—3 razy dziennie po 1 tabletce (=0,25) Stovarsolu z trzydniowemi przerwami po użyciu każdych 8 pastylek. Terapję wyłącznie stovarsolową rozpoczęto 1. V. 1928 r. i kontynuowano nawet po wypisaniu się chorej ze szpitala, co miało miejsce 8. VI. 1928 r. Podczas pobytu w szpitalu zużyła chora ogółem 60 tabletek stovarsolu. W miesiąc po rozpoczęciu tej kuracji t. j. 1. V. 1928 r. odczyn Wassermanna w surowicy krwi był już tylko słabo-dodatni (++), przyczem żadnych powikłań i zaburzeń ze strony nerek jak i narządów trawienia nie stwierdzono. Wobec stale postępującej poprawy subjektywnej i objektywnej chorą wypisano ze szpitala, jako zdolną do pracy, przyczem zalecono jej kontynuowanie trzeciego flakonu Stovarsolu i zwrócono uwagę na konieczność dalszej obserwacji lekarskiej i powtarzania kuracji specyficznych. Ogólny przyrost wagi podczas kuracji szpitalnej wyniósł 7,8 kg, z tego w ciągu ostatniego miesiąca t. j. w okresie terapji wyłącznie stovarsolowej — około 2 kg. Odnotowywane z przerwami w okresie terapji jodowej i rtęciowej stany podgorączkowe, przypisywane, jak wspominałem wyżej, istnieniu czynnej sprawy w płucach, ustąpiły całkowicie w ciągu ostatniego miesiąca t. j. w okresie wyłącznego stosowania Stovarsolu.

Po wypisaniu się ze szpitala chora pozostawała nadal w mej obserwacji. Wyżyła ogółem 3 flakony t. j. 84 tabletki Stovarsolu, poczem przerwano kurację specyficzną, stosując tylko co czas pewien lekkie środki uspakajające i nasercowe. Badanie krwi, wykonane w pracowni Dra Serkowskiego w dniu 30. VII. 1928 r. (w dwa tygodnie po zaprzestaniu Stovarsolu) wykazało odczyny serologiczne: Wassermanna, Kromayer - Trinchese i Meinicke — ujemne (—). Od chwili opuszczenia szpitala pacjentka pracuje bez przerwy na dawnem miejscu, jako służąca, obsługująca liczną rodzinę swych chlebodawców, zajmujących 6-pokojowy lokal. Nie uskarża się na nic prócz lekkiej chrypki i nieznacznych dolegliwości w okolicy mostka i krtani. Parokrotne badanie przezemnie pacjentki po wyjściu jej ze szpitala wykazywało utrzymujące się polepszenie stanu ogólnego i dalszą poprawę miejscową, wyrażającą się w stopniowem zmniejszaniu się rozmiarów stłumienia sercowo-naczyniowego, które przy ostatniem badaniu (26. X. 1928 r.) dosięgło granic bliskich normy, a mianowicie: poprzednie stłumienie nad obojczykami i rękojeścią mostka znikło całkowicie. Górna granica stłumienia sercowego (bezwzględ.) znajdowała się w III. międzyżebrzu prawem; prawa granica — na linji mostkowej lewej; lewa — na linji środkowo-obojczykowej lewej. Osłuchowo stwierdzono głuchawe tony nad koniuszkiem serca, 2 szmery słyszalne, jak dawniej, najintensywniej wzdłuż prawego obojczyka, dobrze słyszalne nad górną, słabiej nad dolną połową mostka i wzdłuż lewego jego brzegu. Tętno około 80 uderzeń na minutę, miarowe, dość dobrze wypełnione, w obu tętnicach promieniowych równe. Ciśnienie krwi było w obu tętnicach ramieniowych jednakowe i wynosiło mx. około 135, mn. około 65 (P a c h o n). Polepszenie ze strony płuc od chwili opuszczenia szpitala trwało nadal. Utrzymywały się objawy nieczynnego zagęszczenia w szczytach i rozedmy w dolnych odcinkach obu płuc, przyczem przewodnictwo głosowe pozostawało wzmożone, jak dawniej, nad całą górną połową kręgosłupa, gdzie cichoszept występował wyraźnie (objaw d'Espine'a dodatni). Słaba pulsacja utrzymywała się w dołku jarzmowym. Ze strony kości, stawów i okostnej nie stwierdzano obecnie nic nienormalnego, z wyjątkiem nieznacznego ograniczenia ruchomości w stawie barkowym lewym, przyczem ruchy w tym stawie były bezbolesne. Pomimo trwającego polepszenia zalecono pacjentce rozpoczęcie 2-giej kuracji specyficznej, którą miała przeprowadzić ambulatoryjnie.

Część II.

Powyższy przypadek tętniaka tętnicy głównej na tle kiłowem nasuwa cały szereg refleksyj, ważnych z punktu widzenia syfilidologji współczesnej, a posiadających szczególne znaczenie dla internistów, zmuszonych rozpoznać i leczyć schorzenia kiłowe narządów wewnętrznych. Dlatego też szereg kwestyj, związanych praktycznie i teoretycznie z omawianym przypadkiem, postaram się tutaj bardziej szczegółowo rozpatrzyć.

Internista współczesny, mając do czynienia z kiłą narządów wewnętrznych lub też podejrzewając ją, napotyka liczne trudności rozpoznawcze i lecznicze, których usunięcie chociażby częściowe, było dla mnie myślą przewodnią w pracy niniejszej.

Z wielkiej ilości nasuwających się tu zagadnień postanowiłem rozpatrzeć tylko te, których prawidłowa ocena z punktu widzenia współczesnego „kodeksu syfilidologicznego" posiada szczególne znaczenie dla internisty. Chodzi więc przedewszystkiem o odpowiedź na pytanie, jak należy się zapatrywać na dany przypadek: czy są to objawy kiły trzeciorzędowej, czy też, być może, objawy późnej kiły dziedzicznej (*Lues hereditaria tarda*). W wywiadach naszej chorej brak było jakichkolwiek wskazówek co do przebytego kiedykolwiek zakażenia kiłowego. Obserwowane tu przez nas od początku zmiany naczyniowe i kostno-stawowe mogą, jak wiadomo, występować zarówno w późnej kile dziedzicznej, jak i w trzeciorzędowym okresie kiły nabytej. To samo da się powiedzieć i o dodatnim odczynie Wassermanna w surowicy krwi; występuje on zasadniczo we wszystkich przypadkach kiły nieleczonej lub niedostatecznie leczonej, z wyjątkiem okresu I-go kiły nabytej, a więc dodatni odczyn surowiczy możemy spotkać zarówno w kile trzeciorzędowej, jak w kile dziedzicznej późnej i odczyn ten nie mógł stanowić dla nas w żadnym razie dostatecznego kryterjum do zakwalifikowania danego przypadku.

W anamnezie rodzinnej naszej chorej jest wzmianka o tem, że matka jej cierpiała na jakieś długotrwałe owrzodzenie policzka, które najbliżsi nazywali rakiem. Miewała przytem bardzo silne

bóle głowy. Trudno dziś orzec, czy był to rak, czy może kilak policzka, a znaczna śmiertelność najmłodszego rodzeństwa naszej chorej (z 8-ga bowiem zmarło 5-ro rodzeństwa w b. wczesnem dzieciństwie) —nie wyklucza możliwości kiły dziedzicznej późnej u naszej chorej, tembardziej, że chora przeczyła stanowczo, ażeby cierpienie jej podstawowe (kiła) było nabyte. Wszelkie jednak dane anamnestyczne w tym względzie musimy przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem, chociażby dlatego, że u kobiety niezamężnej stwierdziliśmy tu *striae gravidarum*, zaś do przebytego porodu nie przyznaje się ona. Tutaj należy przypomnieć, że pod nazwą kiły wrodzonej późnej w ścisłem znaczeniu słowa rozumie się takie przypadki, w których kiła wrodzona pozostaje w pierwszym roku życia w stanie ukrytym, później zaś, czasami dopiero po wielu latach nagle zaczyna się przejawiać w t. zw. formach trzeciorzędowych (pod postacią wrzodów, kilaków, zapaleń okostnej i t. p.). Z drugiej strony: „Skonstatowanie przebytego syfilisu u któregokolwiek z rodziców nie dowodzi jeszcze istnienia jego u dzieci, pozwala ono tylko podejrzewać (wrodzoną) kiłę u dzieci" (Fiłatow). A więc przypadek nasz pod względem kwalifikacji pozostawia pewne wątpliwości, co jednak nie posiada decydującego znaczenia praktycznego, jeżeli chodzi o samą terapję naszej chorej, której cierpienie winniśmy traktować jako starą nieleczoną kiłę surowiczo - dodatnią, przebiegającą w towarzystwie zmian specyficznych kostno - stawowych i z porażeniem specyficznem narządu krążenia w postaci tętniaka kiłowego aorty. W uzupełnieniu powyższych danych należy zaznaczyć, że w omawianym przypadku przeciw kile wrodzonej późnej przemawiały jeszcze fakty następujące: 1) L. h. t. występuje zazwyczaj między 8 i 20-ym rokiem życia (w naszym przypadku, jeżeli polegać na danych anamnestycznych, pierwsze objawy wystąpiły dopiero w 48-ym roku życia). 2) Dla L. h. t. charakterystyczną jest t. zw. *triada Hutchinsona (Keratitis parenchymatosa et chorioiditis*, osłabienie słuchu, porażenia zębów), których to objawów w naszym przypadku brak. 3) Wreszcie brak u naszej chorej objawów *hepatitidis lueticae (interstitialis et gummosae)*, które to schorzenie wątroby jest prawie stałem zjawiskiem w L. h. t.

Co do schorzenia kiłowego układu krwionośnego w szczególności *aortitis luetica*, to zdaniem wielu autorów, nie bywa ono wyłącznie udziałem kiły trzeciorzędowej. Zdaniem Mering'a np.: „Zmiany w narządzie krążenia mogą występować zarówno w kile dziedzicznej, jak i w nabytej", a *„lues aortae* daje te same objawy kliniczne, co i skleroza aorty".

Co do schorzenia kiłowego stawów, to zauważyć należy, że t. zw. *Arthritis syphilitica chron.* występuje zazwyczaj już w 2 — 3 lata po zarażeniu i ogranicza się zwykle do jednego stawu (najczęściej kolanowego). W jednych razach spotykamy tu wysięk surowiczy, w innych — zmiany hyperplastyczne powierzchni stawowych i w tych ostatnich przypadkach czynność stawu na długi czas zostaje naruszona. Przebieg tych schorzeń stawowych bywa dobrotliwy. Preparaty salicylowe nie skutkują tu, natomiast daje efekt leczenie przeciwkiłowe, a obecność innych objawów kiłowych i dodatniego odczynu Wassermanna potwierdza rozpoznanie. Istnieje jeszcze t. zw. *arthritis gummosa*, forma, występująca w okresie trzeciorzędowym, przyczem proces kiłowy poraża tu zazwyczaj jeden staw i wkrótce przechodzi na otaczające go tkanki. Dla wszystkich schorzeń kiłowych stawów charakterystyczne są bóle, wzmagające się zwłaszcza nocą. Jednakże zauważyć należy, że same bóle mogą występować i bez zmian organicznych w stawach i świadczą o ogólnem zatruciu organizmu.

Powyższe rozważania w zastosowaniu do naszego przypadku pozwoliły mi zakwalifikować zmiany stawowo - kostne naszej chorej do objawów trzeciorzędowych, *(periostitis tibiae et ossis frontalis, arthritis gummosa artic. sterno - clavicul. sin. arthrolues tardiva* (Schlesinger) *articulationis humeri sinistri)*.

Jeżeli dany przypadek jest trzeciorzędowym okresem kiły nabytej, to może nam wydać się dziwnem, dlaczego w wywiadach nie mamy nawet wzmianki o przejawach skórnych (wysypkach) okresu drugiego. Tu należy zaznaczyć, że w tych przypadkach, w których zakażenie kiłowe poraża ze specjalną predyspozycją narządy wewnętrzne i system nerwowy, wysypek tak charakterystycznych dla t. zw. typu kiły skórnej może prawie lub wcale nawet nie być; może mieć miejsce to, co nosi nazwę *„lues sine exanthemate"*.

Kwestja, dlaczego jedno i to samo zakażenie kiłowe u jednych osobników poraża specjalnie skórę, u innych narządy wewnętrzne lub system nerwowy, pozostaje dotychczas biologiczną tajemnicą ustroju.

Z kolei rzeczy przejdę do omówienia niektórych współczesnych poglądów (w myśl ostatnich prac Kyrle'go, Schlesingera i in.) na istotę odczynu Wassermanna, co będzie teoretycznem wyjaśnieniem zmian tego odczynu, spostrzeganych w omawianym przypadku.

Należy zauważyć, że w ocenie znaczenia odczynu Wassermanna leżą dziś tylko hypotezy. Pomimo to odczyn Wassermanna nie przestał być dla kliniki drogowskazem w rozpoznawaniu i leczeniu specyficznem kiły. Według Kyrle'go „nauką o specyficzności odczynu Wassermanna nie mogły wstrząsnąć wszelkie doniesienia o występowaniu RW. w innych schorzeniach". Według Strempela (i in.): „odczyn Wassermanna nie jest, jak należy przypuszczać, odczynem specyficznym w sensie bakterjologicznym. Dodatni odczyn Wassermanna może bowiem występować i w innych chorobach: w malarji, durze powrotnym, płonicy, dżumie, w *lepra, framboesia, kala - azar*, również w ciężkich stanach kachektycznych i gorączkowych innego pochodzenia". Należy to zawsze mieć na względzie, szczególniej u chorych gorączkujących.

Jak zapatrywać się na odczyn Wassermanna w jakiem znaczeniu mamy prawo uważać go za specyficzny dla kiły? Tu należy przypomnieć niektóre fakty z teorji odczynu Wassermanna, patologji kiły i rozpatrzeć stosunek odczynu Wassermanna do przebiegu kiły w różnych jej okresach.

Według teorji odczynu Wassermanna (Ehrlich, Kyrle i inni), odczyn ten jest eksperymentalnem powtórzeniem tego, co normalnie odbywa się w ustroju kiłowym, a mianowicie wiązania się jadu (antygenu) kiłowego z wytwarzanem w walce z tym jadem przez ustrój luetyka specyficznem przeciwdziałaniem. Ujemny odczyn Wassermanna występuje z reguły jedynie w pierwszym okresie kiły, t. j. w ciągu pierwszych 6-ciu tygodni po zarażeniu. Potem zjawiają się po raz pierwszy charakterystyczne zmiany krwi, których wyrazem jest dodatni odczyn Wassermanna. Pozatem ujemny odczyn Wassermanna może występować i w niezawodnej kile u osobników kachektycznych, których ustrój, zdaniem Kyrle'go, prawdopodobnie nie zdolny jest do wytwarzania przeciwciał specyficznych. U osobników takich kiła przebiega niekiedy w formie b. złośliwej *(syphilis maligna)*, a pomimo to odczyn Wassermanna bywa przez cały czas ujemny. Prócz tego ujemny odczyn Wassermanna może występować niekiedy i w III-im okresie kiły, nawet przy obecności niezawodnych kilaków na skórze, co stanowi niekiedy przeszkody w różniczkowaniu od gruźlicy (Kyrle). Z wyjątkiem tych nielicznych przypadków odczyn Wassermanna bywa, dodatni we wszystkich okresach kiły nieleczonej, zarówno w kile klinicznie czynnej, jak i w razie zupełnego braku wszelkich objawów klinicznych (w okresie utajenia).

Rozszerza to bardzo doniosłość odczynu Wassermanna, który pozwala wykrywać kiłę nawet tam, gdzie brak zupełny objawów klinicznych zdradzających jej istnienie. „Jeśli w tym kierunku przedsięweźmiemy badania, będziemy zdumieni, ilu ludzi wykazuje dodatniego Wassermanna, mimo braku klinicznych objawów kiły", powiada Kyrle.

Badania statystyczne uczonych niemieckich z lat ostatnich (H. Schlesinger) rzucają w tym względzie dużo światła. Tak np. Redlich i Sterner, badając odczyn Wassermanna wyłącznie na materjale chorych wewnętrznych na oddz. klin. Schlesingera, wykryli wśród osobników, nie dających żadnych objawów klin. kiły, 14% luetyków. Według Schlesingera w Niemczech i Austrji daje się wykryć Lues u 10% ludności. Innych statystyk przytaczać tu nie będę, gdyż i te są aż nadto wymowne.

Chociaż więc odczyn Wassermanna jest uważany za specyficzny dla kiły, jednakże, zdaniem Schlesingera, w klinice chorób wewnętrznych nie należy przeceniać znaczenia tego odczynu.

Odczyn Wassermanna dodatni, mówi nam jedynie o ogólnem schorzeniu kiłowem, nic nie mówiąc o pochodzeniu schorzenia danego narządu.

Podobnie rzecz ma się i z próbą tuberkulinową, dodatni wynik tej próby dowodzi tylko istnienia w ustroju ogniska gruźliczego, ale nie dowodzi zupełnie, że dane schorzenie jest natury bezwzględnie tuberkulicznej.

Na szczególną uwagę zasługują przypadki niezawodnie kiłowego schorzenia narządów wewnętrznych, gdzie jednak RW. jest ujemną. Schlesinger zaznacza, że RW. może się stać ujemną z biegiem czasu samą przez się (spontanicznie). Albo też staje się taką pod wpływem przeprowadzonego leczenia, o którem chory nie zakomunikował leczącym go później lekarzom. Według Schlesingera w niezawodnem *mesaortitis* spotyka się ujemną RW. w 25%, zaś w *arthrolues tardiva* (Schlesinger) — conajmniej w 75%.

A więc ujemna RW. zupełnie nie wyklucza istnienia kiły i w razie podejrzenia przymiotu należy wynik ten traktować bardzo ostrożnie (Strempel). Pod wpływem leczenia swoistego taki ujemny RW. może się znów zamienić w dodatni, co objaśnia się

wzmożoną działalnością spirochet w początku kuracji (Schlesinger). O możliwości takich przypadków świadczą publikacje niektórych autorów; ostatnio np.: Pautrier i Uellmo (Bull. de soc. franç. de derm. et de syph. Rocznik 34 Nr. 9) przytaczają 2 przypadki czynnej kiły 3-cio rzędowej z ujemnym odczynem Wassermanna, w których pod wpływem leczenia specyficznego ustąpiły objawy kiły, jednak odczyny serologiczne (Wassermann i in.) po ukończeniu leczenia były dodatnie. Dopiero ponowne leczenie spowodowało ustąpienie dodatniego odczynu w surowicy.

Dla wielu lekarzy identyczne jest zniknięcie dodatniego odczynu Wassermanna z wyzdrowieniem.

Zdaniem Schlesingera jednak „RW. zawodzi w $^1/_3$—$^1/_4$ wszystkich przypadków kiły narządów wewnętrznych", a więc odczynu tego nie można uważać za jedyne kryterjum w rozpoznawaniu i leczeniu specyficznem schorzeń narządów wewnętrznych i zdaniem Schlesingera, w takich przypadkach uporczywie surowiczo-ujemnej kiły narządów wewnętrznych odczyn Wassermanna nie odgrywa żadnej roli. Natomiast, według słów tegoż autora: „Jeśli w przebiegu kuracji specyficznej odczyn Wassermanna ujemny staje się dodatnim, to ta zmiana odczynu jest niezawodną oznaką istnienia kiły i dowodzi, że należy kontynuować podawanie preparatów specyficznych". W naszym przypadku zauważoną zmianę odczynu Wassermanna (przejście pod wpływem terapji jodowo-rtęciowej odczynu Wassermanna z +++ na ++++) należałoby również objaśnić przejściowem wzmożeniem aktywności spirochet pod wpływem leczenia swoistego. Ewentualnie moglibyśmy przypuszczać, że różnica w intensywności odczynu Wassermanna, wykonanego początkowo w P. Z. H. (+++), następnie zaś w Pracowni Chemiczno-Bakterjologicznej Szpitala Św. Ducha (++++), zależną była od użycia przez te pracownie niejednakowej siły komplementu, (używane bowiem w różnych pracowniach surowice różnych świnek morskich zawierają niejednakowe ilości komplementu, od ilości zaś użytego komplementu zależy w pewnej mierze intensywność hemolizy w odczynie Wassermanna).

Kuracja specyficzna nie zawsze jest w stanie zmienić dodatni RW. na ujemny. Bywają przypadki kiły uporczywie surowiczo-dodatnie, w których nawet zapomocą bardzo intensywnej i długotrwałej kuracji specyficznej nie udaje się osiągnąć ujemnego odczynu Wassermanna. Niektórzy lekarze nie dają wówczas za wygrane i starają się nowemi dawkami leków specyficznych przeforsować dodatniego Wassermanna, aby osiągnąć za wszelką cenę ową sanację krwi. Zbyt intensywna i długotrwała kuracja specyficzna osłabia jednak ustrój i, zdaniem Schlesingera, „obniża jego odporność przeciw kile", a eksperymenty takie bywają niebezpieczne, albowiem zwykle pogarsza się przytem ogólny stan chorych i może się rozwinąć schorzenie wątroby, prowadzące niekiedy do ostrego żółtego zaniku wątroby. Dlatego też od pewnego już czasu liczni syfilidolodzy i neurolodzy zaniechali przeprowadzania owej „za wszelką cenę" sanacji krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. A więc nie tylko niedostateczne, lecz i nadmierne leczenie specyficzne może być szkodliwe.

Skoro więc RW., uważamy za specyficzny dla kiły, niezawsze daje się zmienić zapomocą kuracji specyficznej, wyłania się ważne ze względów terapeutycznych pytanie: jakiem kryterjum winniśmy się kierować w leczeniu specyficznem i do jakiego momentu leczenie to kontynuować winniśmy?

„Linją przewodnią dla decyzji o przerwaniu kuracji specyficznej winno być ustąpienie objawów chorobowych", — powiada Schlesinger, uważając za wskaźniki do zaniechania dalszego leczenia: zniknięcie napadów dusznicy bolesnej, zmniejszenie rozszerzonych na zewnątrz tętniaków, ustąpienie długotrwałej gorączki, ustąpienie obrzęku stawów, zmniejszenie gruboziarnistej wątroby. Wogóle Schlesinger skłania się w przypadkach kiły narządów wewnętrznych i układu nerwowego do poglądu Krulle'go, według którego kryterjum dla terapji specyficznej winna być sama choroba, nie zaś wynik odczynu serologicznego.

Trwanie dodatniego Wassermanna pomimo ustąpienia objawów klinicznych uważa Schlesinger za dyrektywę do wcześniejszego powtórzenia następnej kuracji specyficznej (która winna być przeprowadzona na ogólnych zasadach po kilkotygodniowej przerwie), nawet w braku miejscowego nawrotu, przez samą ostrożność, przyczem w braku nowych objawów lokalnych kuracja ta nie powinna być ani zbyt długa, ani zbyt uciążliwa.

„Odczyn Wassermanna winien być uważany za reakcję przeciwciał i jeżeli odczyn ten staje się ujemnym, to należy to przypisywać zmniejszeniu się ilości przeciwciał" w ustroju (Schlesinger). Ustrój wytwarza jednak przeciwciała tak długo, dokąd trwa choroba. W razie zbyt szybkiego wyginięcia głównej masy spirochet, przeciwciała przestają się wydzielać, a pozostałe spirochety mogą się inkapsulować i dawać później nawroty"...

Końcowy ustęp pracy Schlesingera przytaczam in extenso:

„...Należy kontynuować leczenie specyficzne tam, gdzie schorzenie narządów trwa pomimo przejścia dodatniego odczynu Wassermanna w ujemny. Przeciwnie, należy zaniechać dalszej kuracji przeciwkiłowej w razie wybitnej słabości chorych, obecności oznak schorzenia wątroby lub nerek, dalej tam, gdzie subjektywnie i objektywnie oznaki schorzenia narządów tak dalece się cofnęły, że prawdopodobnem staje się wyzdrowienie miejscowe; wreszcie tam, gdzie leczenie na ogólnych zasadach zostało przeprowadzone w sposób dostatecznie wydatny. Trwanie pewnych zmian, na które nie wpłynęło leczenie przeciwkiłowe, nie stanowi kryterjum do przedłużenia kuracji. Dotyczy to przedewszystkiem równomiernego rozszerzenia aorty, którego nie można usunąć nawet przez bardzo długotrwałą kurację".

W uzupełnieniu powyższych uwag, dotyczących długotrwałości w terapji specyficznej w kile, należy zaznaczyć, że wszyscy autorowie skłaniają się do tego, iż niezupełne, niedostateczne i połowiczne leczenie kiły i schorzeń, na jej tle powstałych, jest raczej szkodliwe niż pożyteczne. Znamiennem jest w tym względzie zdanie E. Hoffmanna, który przeprowadza analogję między leczeniem raka i kiły: podobnie, jak w raku operujemy możliwie głęboko tkanki zdrowe, tak też dla osiągnięcia możliwie zupełnej sterylizacji infekcji kiłowej winniśmy zastosować leczenie raczej zbyt intensywne, niż zaledwie wystarczające.

Nie należy bowiem zapominać, że, jak to słusznie twierdzi F. Moses, kwestja wyleczenia kiły, to kwestja zniszczenia spirochet.

Z punktu widzenia terapeutycznego wydaje mi się rzeczą zasadniczo ważną przypomnieć tu niektóre współczesne poglądy na działanie zastosowanych przezemnie w opisanym przypadku leków, a mianowicie jodu, rtęci i stowarsolu, co będzie zarazem teoretycznem wyjaśnieniem otrzymanego efektu leczniczego. W myśl współczesnych poglądów jod nie jest bynajmniej specyfikiem przeciwkiłowym. Zdaniem Kühna działanie jego polega nie na unicestwianiu krętków lecz „na współdziałaniu w przestroju organizmu i wypływającej stąd wzmożonej sile oporu tkanek". Fischer i in. dowiedli, że w dawkach terapeutycznych jod pobudza czynność całego układu krwiotwórczego, wyrazem czego jest między innemi limfocytoza, „pomagająca organizmowi w walce z przenikającemi do jego tkanek krętkami" (Kühn). Zdaniem Buscha „działanie jodu przejawia się w pobudzeniu wsysania się gummatów i spotęgowaniem wyzwolenia pierwiastków, wpływających hamująco na rozwój drobnoustrojów", przyczem bardzo ważną rolę mają tu odgrywać lipoidy. Hesse wykazał w licznych doświadczeniach ze zwierzętami, że przez użycie jodu zwiększa się ilość azotu w moczu, z tego zaś można wywnioskować, że jod wpływa pobudzająco na przemianę białkową w ustroju. Franz Müller, Tappeiner i in. zwracają uwagę na szczególną skłonność jodu do łączenia się z częściami składowemi tkanek patologicznie zmienionych, wskutek czego te ostatnie ulegają szybszemu rozpadowi i wessaniu. Zdaniem Müllera jod posiada daleko większą zdolność nagromadzania się w tkankach tuberkulicznie i kiłowo-zmienionych, w komórkach nowotworowych i ciałkach ropnych, niż w tkankach zdrowych. Pomimo to, zdaniem tegoż autora, jod nie wywiera działania etjotropowego ani w gruźlicy, ani w kile: nie zabija on krętków kiłowych, nie wływa na zmianę odczynu Wassermanna, nie zapobiega nawrotom kiły.

Przechodząc do działania rtęci, należy zauważyć że od dawna uważano ją za jeden z najpotężniejszych leków przeciwkiłowych, a dodatnie działanie jej szczególniej na kiłę drugorzędną znane już było od XVI-go wieku, kiedy to skuteczność rtęci stwierdzono empirycznie w czasie przeniesienia kiły do Europy.

W ciągu ostatnich 4-ch stuleci, wraz z doskonaleniem się metod stosowania, leczenie rtęciowe zyskiwało coraz większe prawo obywatelstwa. Dziś jeszcze niektórzy autorowie nazywają działanie rtęci w kile „niezastąpionem". Z badań klinicznych i doświadczalnych (Kolle i in.) wynika, że zarówno bizmut jak i rtęć wpływają hamująco na rozwój spirochet. Działanie krętkobójcze nie zostało dla obu tych leków udowodnione. Bezwzględnie krętkobójcze działanie zostało ściśle ustalone tylko dla salwarsanu (Fr. Heymann). Niektóre spostrzeżenia i doświadczenia nad zwierzętami, zdaniem Fr. Müllera, przemawiają raczej za niespecyficznem działaniem rtęci przez wzmożenie sił obronnych ustroju. Pomimo to, twierdzenia autorów, zwalczających etjotropowe działanie rtęci w kile, nie przeczą bynajmniej wartości terapeutycznej tego leku. Według słów tak wybitnego syfilidologa jak Kyrle: „rtęć pozostaje dotychczas w terapji kiły środkiem bardzo jeszcze cenionym, którego salwarsan ani usunąć ani zastąpić dotychczas nie zdołał".

Przechodząc wreszcie do terapji arsenowej ograniczę się tutaj na przytoczeniu niektórych faktów, dotyczących doustnego stosowania preparatów arsenobenzolu w kile.

Zanim jednak przystąpię do omawiania tego przedmiotu, pozwolę sobie przytoczyć tu motywy, dla których, wbrew wskazówkom i szematom niektórych nawet wybitnych syfilidologów, postanowiłem zaniechać w opisanym przezemnie przypadku dożylnego stosowania preparatów arsenobenzolu, wybrawszy natomiast podawanie doustne stovarsolu.

Ciężki stan chorej i zagrażające jej życiu objawy stenotyczne, wreszcie współistniejąca sprawa czynna w płucach (zagęszczenie obu szczytów z rozlanym nieżytem oskrzeli i dość częstemi, jak to wykazała dalsza obserwacja, wzniesieniami ciepłoty), kazały być bardzo oględnym w wyborze leków specyficznych, w szczególności z dożylnem stosowaniem preparatów arsenobenzolu, którego też zaniechałem całkowicie: 1) ze względu na głosy ostrzegawcze niektórych autorów, zwracających uwagę na możliwość wystąpienia po dożylnem zastosowaniu związków arsenobenzolowych wzmożonego ciśnienia tętniczego, czego w naszym przypadku, z uwagi na znaczne rozszerzenie tętnicy głównej i groźne objawy uciskowe, za wszelką cenę unikać należało i 2) ze względu na istnienie czynnej sprawy w płucach, przyczem niektóre późniejsze publikacje przekonały mnie, że ostrożność moja w tym względzie była zupełnie uzasadnioną (p. Mareland: „Niebezpieczeństwo stosowania arsenobenzoli u osobników gruźliczych chorych na kiłę". Bul. et mem. de la soc. Med. des Hop. de Paris Nr. 11. 1928).

Piśmiennictwo, poświęcone doustnemu stosowaniu preparatów arsenobenzolowych w szczególności stovarsolu w kile, jest już dość obszerne i stanowi niezawodnie znaczny dorobek syfilidologji współczesnej. Już klasyczne doświadczenia Levaditiego dają teoretyczne podstawy do doustnego stosowania arsenobenzolu w kile. Z doświadczeń tych wynika bowiem, że przy działaniu bezpośredniem in vitro arsenobenzol nie zabija krętków kiłowych, natomiast po dodaniu do tegoż arsenobenzolu minimalnych ilości wyciągu wątrobowego kretki ginęły w nim natychmiastowo. Z doświadczeń tych Sabouraud wywnioskował, że jeżeli dla uczynienia z arsenobenzolu jadu dla krętków kiłowych niezbędną jest uprzednia przemiana tegoż przez wątrobę, to najodpowiedniejszą metodę wprowadzenia arsenobenzolu do ustroju jest stosowanie jego parenteralne, albowiem z jelit drogą systemu żyły wrotnej arsenobenzol przechodzi wprost do wątroby, gdzie ulega owej tak pożądanej trsansformacji. Na tej zasadzie zaczęto stosować arsenobenzol w kile również drogą odbytniczą (np. *Suppositsitoires Corbiere a l'Arsenobenzol* i in). Stowarsol jest to kwas acetyloaminofenyloarsinowy, pod względem składu chemicznego pokrewny salvarsanowi. Erich Müller w pracy swej poświęconej terapji kiły wrodzonej, utożsamia stowarsol ze starym preparatem Ehrlicha spirozydem, który, zdaniem tegoż autora wpływa pomyślnie na przejawy kiły, jednak pod względem trwałości efektu terapeutycznego ustępuje neosalvarsanowi.

Wśród autorów, którzy stosowali stovarsol domięśniowo i w dużych dawkach ma on poważnych krytyków. Do tych należy np. Sezary, który miał wprawdzie otrzymać niezły efekt leczniczy po domięśniowem stosowaniu stovarsolu w przypadkach paraliżu postępowego, jednak z 33 przypadków leczonych w ten sposób w 4-ch wystąpiły poważne powikłania ze strony wzroku (ślepota), co tłumaczą tem, że stovarsol zawiera jako ciało czynne arsen pięciowartościowy, przez co zbliża się do atoxylu i jest znacznie toksyczniejszy od arsenobenzolu, jako związku, zawierającego arsen trójwartościowy. Dodatnią stroną stovarsolu jest możność stosowania go per os. W tej postaci, jak wykazały liczne spostrzeżenia kliniczne, jest on zupełnie nieszkodliwy i znoszą go dobrze nawet oseski. W tej postaci stosowany stovarsol ma swych entuzjastycznych zwolenników wśród najwybitniejszych współczesnych klinicystów i syfilidologów, że wspomnę tu tylko nazwiska Oppenheima, Jadassohna, Spiethoffa, Soldina i Lessera, Mierzeckiego, Pinkusa i in. Oppenheim uważa stovarsol za idealny lek przeciwkiłowy, nadający się do leczenia kiły we wszystkich jej okresach i szczególniej pożyteczny w przypadkach *mesaortitis luetica*. Mierzecki twierdzi na zasadzie licznych swych spostrzeżeń, że pod wpływem stovarsolu, stosowanego doustnie metodą Levaditiego, krętki giną, a dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym staje się ujemnym.

To samo podkreślają i inni liczni autorowie, zwracający uwagę na równolegle występującą szybką poprawę stanu ogólnego pod wpływem doustnego podawania stovarsolu.

Tu zauważę, że, jeżeli przyjąć występowanie wzniesień ciepłoty u naszej chorej za przejaw czynnej sprawy gruźliczej w płucach, do czego mogłyby nas upoważnić zarówno wyniki badania fizykalnego, jak i wynik badania rentg. płuc — i unormowanie się temperatury w okresie wyłącznej terapji stovarsolowej, to spostrzeżenie nasze w tym względzie nie stanowi wyjątku.

W roku ubiegłym Romazy opisał w „Le Courrier Médical" 4 przypadki pomyślnego zastosowania stovarsolu w gruźlicy płuc, zaś z publikacji M. Perrin'a, A. Pierson'a i M. Lacourt'a wynika, że autorowie ci, stosując per os stovarsol w różnych postaciach przewlekłej gruźlicy płuc, otrzymali niezawodnie pomyślne wyniki w 9 przypadkach na 44, przyczem polepszenie wyrażało się, między innemi trwałym spadkiem ciepłoty do normy. Nie wypowiadając się kategorycznie o mechanizmie działania Stovarsolu w gruźlicy, autorowie ci uważają za prawdopodobne, iż „jest to środek działający zabójczo na niektóre pasorzyty, towarzyszące lasecznikowi Kocha".

* * *

Bez względu na to, jak zapatrywać się będziemy na dany przypadek, czy uważać go będziemy za okres trzeciorzędowy kiły nabytej, czy też za późną kiłę dziedziczną, dotychczas nieleczoną, zastosowana przezemnie skombinowana pierwsza kuracja specyficzna (aczkolwiek pod wielu względami odbiega ona od schematów, podawanych przez różnych autorów) okazała się racjonalną, albowiem, jak to widać z przytoczonych z historji choroby danych, pod wpływem jej:

1) Ustąpiły liczne objawy kliniczne kiły trzeciorzędowej (*periostitis* kości czołowej, guzowaty naciek lewego stawu mostkowo-obojczykowego; ustąpiły w znacznej mierze objawy zapalenia kiłowego stawu barkowego lewego).

2) Zmniejszyły się wybitnie objawy miejscowe tętniaka aorty, w szczególności wielkość stłumienia naczyniowego (nad mostkiem), ustąpiły w znacznym stopniu zaznaczone poprzednio objawy ucisku *n. recurrentis sin.* i grożące życiu chorej objawy uciskowego zwężenia tchawicy.

3) Skombinowaną kurację jodowo-rtęciowo-stovarsolową zniosła chora bez zarzutu, przyczem w ciągu całego czasu ani razu nie zauważono ujemnego działania ubocznego zastosowanych leków.

4) Wybitnie poprawił się stan odżywiania (przybytek na wadze w czasie kuracji wyniósł około 8 kg), a znaczne polepszenie ogólnego stanu i samopoczucia chorej, której prognoza w początku kuracji bywa b. wątpliwa i której stan uważano chwilami za groźny, pozwoliły jej powrócić do pracy, którą spełnia po dzień dzisiejszy w warunkach nie lepszych, niż przed chorobą.

5) Uporczywie wybitnie dodatni odczyn Wassermanna (również odczyn Meinicke i Kromayer-Trinchese) stał się pod wpływem zastosowanej doustnej terapji arsenowej (Stovarsol Spiessa) ujemnym, co pozwala mi wraz z innymi autorami potwierdzić tu fakt dodatniego działania stovarsolu na sanację krwi w przypadkach kiły uporczywie surowiczo-dodatniej.

Jeżeli zważymy, że związki arsenowo-benzolowe pozostają do obecnej chwili najpewniejszemi i najniezbędniejszemi w *„therapia magna sterilisans"*, kiły; że według współczesnych syfilidologów (Kyrle, Jadassohn i inni) stosowanie salvarsanu i jego derywatów jest *„conditio sine qua non"* racjonalnej skombinowanej terapji kiły we wszystkich jej okresach; że w tętniakach kiłowych aorty zawsze liczyć się musimy z możliwością wystąpienia po dożylnem zastosowaniu salvarsanu lub jego derywatów tak niebezpiecznego w tych razach wzmożonego parcia tętniczego, wybór preparatu arsenowo-benzolowego o działaniu łagodnem, a skutecznem, za jaki mamy prawo uważać stovarsol przy stosowaniu doustnem, należy uznać (w przypadkach tętniaka kiłowego aorty) za bezsprzecznie racjonalny, a obserwacja opisanego przezemnie przypadku całkowicie upoważnia mnie do takiego twierdzenia.

Piśmiennictwo:

1) Prof. Dr. J. Kyrle: Obecny stan nauki patologji i terapji kiły. Lwów, 1920 r., spolszczył A. Nadel. — 2) Prof. Dr. Hermann Schlesinger: Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose und Therapie, innerer Erkrangungen (p. D. Th. d. Geg. 1928. N. 1. S. 7—11). — 3) Priv. Doz. Dr. R. Strempel: Die Wassermannsche Reaktion, als Wegweiser für die Therapie der Syphilis (p. D. Th. d. Geg. 1927. N. XI. S. 502—505. — 4) I. v. Mering: Lehrbuch d. Inneren Medizin. 1921. T. I. S. 419—422. — T. II. S. 419. — 5) Pautrier et Ullmo: Bulletin de la Soc. franç. de dermatol. et de syphilidol. (Rocznik 34. N. 9. — 6) Donzelot: La syphilis et les affections cardiaques. (Communication à la Société Médicale des Hôpiteaux), p. Le Monde Médical, 1928. 1 Fevrier. Str. 86—87. — 7) Filatow:

Semiotyka i Diagnostyka chorób dziecięcych (wyd. ros. Moskwa, 1912, str. 500—501. — 8) Dr. Karol Mayer: Radyologiczne rozpoznawanie różniczkowe chorób serca i aorty. Kraków, 1916, str. 48—60. (Pierwotne i wtórne rozszerzenia tętnicy głównej). — 9) Prof. Dr. Jadassohn: Syphilisbehandlung. (p. D. Th. d. Geg. 1925. N. 12. S. 559—565). — 10) Dr. Med. i fil. W. Busch (Hamburg): Leczenie zapalenia tętnicy głównej syfilitycznego pochodzenia. — 11) Prof. Dr. Erich Müller: Zur Behandlung der angeborenen Syphilis. (p. D. Th. d. Geg. 1928. N. 2. S. 69—75. — 12) Prof. Dr. Oppenheim: Die interne Behandlung der Syphilis mit Stovarsol. (p. Klinische Wochenschrift, 1927. N. 27. — 13) Dr. Mierzecki: Wartość kliniczna Stovarsolu (p. Pol. Gaz. Lek., 1926 r. Nr. 8. Str. 143). — 14) Dr. Mierzecki: Publikacja w Medizin. Klinik. 1926. N. 45. — 15) J. Jadassohn (Breslau): Zur Stovarsolfrage (p. Klin. Woch. 1924. N. 27). — 16) Mareland: Niebezpieczeństwo stosowania arsenobenzoli u osobników gruźliczych, chorych na kiłę (p. Bul. et mém. de la soc. Méd. des Hôp. de Paris N. 11. 1928). — 17) M. Perrin, A. Pierson i M. Lacourt: Próby zastosowania stovarsolu w przewlekłej gruźlicy płuc (p. Biologja Lekarska, 1928, Tom. VII. Zesz. 6, str. 263—265). — 18) Prof. Dr. Hermann Schlesinger: Syphilis und innere Medizin, III. Teil. Die Syphilis des Zirkulations — und Respirationstraktes und der innersekretorischen Drüsen. — 19) Archiv of Dermatology and Syphilidology, 1927. Vol. XV. N. 1. p. 43 (publikacje Franka, Gregora i Gastineau w sprawie leczenia kiły preparatem arsenowym „190“ = stovarsolem). — 20) Hesse: Wpływ jodu na przemianę białkową (p. Arch. f. exp. Pathol. und Pharmakol. zeszyt 102, str. 63, również p. Riedel-Archiv, 1927, zeszyt 1). — 21) Dr. Felix Moses: Moderne Syphilistherapie im Umriss (p. D. Th. d. Geg. 1925. N. 6. S. 308). — 22) Dr. Friedrich Heymann: Erwiderung auf den Artikel: Moderne Syphilistherapie in Umriss (p. D. Th. d. Geg. 1925. Nr. 11. S. 527). — 23) Prof. Dr. Erich Hoffmann: Grundsätze und Erfahrungen über die Frühheilung frischer Syphilis (p. D. Th. d. Geg. 1922. S. 11—19). — 24) Die Salvarsandebatte in der Berlin. mediz. Gesellschaft am 25. I. 1922. Kritisches Referat von Dr. Eicke (p. D. Th. d. Geg. 1922. N. II. S. 64). — 25) Grenet, Levent i Pellissier: Les syphilis viscerales tardives, Paris, 1928. (Masson et Co Editeurs).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Emil MEISELS. Lwów.

Uwagi w sprawie artykułu pp. Mossora i Tumidajskiego: O otorbionych wysiękach i odmie śródpiersia w związku z przypadkiem hydro-pneumothorax mediastinalis posterior dexter. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 36. 1928).

W odpowiedzi na moje dyskusyjne uwagi (Pol. Gaz. Lek. Nr. 47, 1928) „pouczają“ mię pp. Mossor i Tumidajski, że „przypadki odmy śródpiersiowej powikłane wysiękiem, należą do spraw nader rzadkich“. Z twierdzeniem tem zgadzam się w całej osnowie. Muszę tylko zaznaczyć, że rozpoznać tak „rzadką“ sprawę chorobową, można tylko wówczas, skoro zdołano przedtem wykluczyć wszelkie inne możliwości wchodzące tu w zakres rozpoznania różniczkowego, a w powstaniu cierpienia i obrazie chorobowym znaleziono odpowiednie kliniczne uzasadnienie.

Odpowiadając szczegółowo, zaznaczam, że przytoczony przezemnie „z podreczników“ jak to autorowie natychmiast zauważyli, opis wysięków śródpiersiowych, przedstawia je zawsze w postaci cienia taśmowatego, ciągnącego się wzdłuż cienia serca, względnie kręgosłupa, lub w kształcie trójkąta, przebijającego mniej lub więcej wyraźnie przez cień serca. Taki obraz jest dla tego schorzenia charakterystyczny i typowy.

Także i w rysunku pracy Devic'a i Savy'ego, na który się autorowie powołują, jest ten charakter najzupełniej utrzymany.

Rysunek ten ilustrujący *pyopneumothorax mediastinalis ant.* jest zupełnie niepodobny do obrazu umieszczonego przez autorów. Przedstawia on trójkątny twór podstawą umieszczony na przeponie, wierzchołkiem sięgający do okolicy tętnicy głównej wstępującej. Od pola płucnego odgraniczony jest gładką linją skośnie od góry strony medjalnej ku dołowi strony lateralnej przebiegającą, wykazującą w poziomie płynu lekkie wypuklenie na zewnątrz.

Różni się ten rysunek wyraźnie i zasadniczo od kulistego tworu na zdjęciu autorów, odgraniczonego półkulistą linją od pola płucnego.

Cecha charakterystyczna, wyglądu trójkątnego wysięków śródpiersiowych, jest również w przypadku Devic'a i Savy'ego bardzo wyraźnie utrzymana. Między tym obrazem, a obrazem pp. Mossora i Tumidajskiego istnieje tylko jedno podobieństwo, a mianowicie poziome ustawienie górnej powierzchni płynu. Ale takie ustawienie górnej powierzchni nie jest wcale cechą charakterystyczną. Znajdujemy je wszędzie, gdzie w odgraniczonej przestrzeni w stanach patologicznych czy normalnych znajduje się bania gazu nad powierzchnią płynu. Z tej jednej cechy podobieństwa nie można przecież wnioskować, że w obu wypadkach mamy do czynienia z podobną sprawą chorobową.

Pp. Mossor i Tumidajski zarzucają mi, że w przeciwieństwie do autorów, na których się powoływałem, podniosłem jako cechę charakterystyczną przepukliny obokprzełykowej, brak większych bardziej określonych dolegliwości. Niemam wrażenia, jakobym był w sprzeczności z tymi autorami.

Począwszy od Ohnell'a, który klinicznie opracował przypadki Akerlund'a, aż do ostatniej publikacji o tem schorzeniu Barsony'ego cały szereg autorów stwierdza *brak charakterystycznych dolegliwości i objawów,* z wyjątkiem przypadków zrośniętej lub uwięzgniętej przepukliny. W przypadkach zaś wolnej przepukliny mamy przeważnie do czynienia z szeregiem niecharakterystycznych dolegliwości, jak bólami w dołku podsercowym, odbijaniami kwaśnemi, trudnościami przy połykaniu, rozmaitemi dolegliwościami sercowemi, dusznością, bólami w klatce piersiowej, jednem słowem objawami, które występują w całym szeregu najrozmaitszych schorzeń płuc, serca i żołądka, objawami nie przedstawiającemi cech patognomonicznych.

Barsony n. p. wprost podnosi, że przepuklina obokprzełykowa żołądka nie posiada zupełnie charakterystycznej symptomatologji. Istnieją też przypadki, w których brak wogóle wszelkich dolegliwości, jak w przypadku Falkenhausena.

Więc uwaga moja, że w przypadku pp. Mossora i Tumidajskiego brak większych, bardziej określonych dolegliwości, przemawia wraz z obrazem roentgenowskim za przepukliną obokprzełykową,była całkiem uzasadniona. Dla usunięcia tedy tej wątpliwości, która każdemu roentgenologowi powinna się była nasunąć, należało przedewszystkiem zbadać dokładnie żołądek i przełyk i określić ich stosunek do opisanego tworu w śródpiersiu. Zupełny brak tego opisu w pracy autorów upoważnił mnie do podniesienia wątpliwości co do pochodzenia tego tworu.

W odpowiedzi na moje uwagi, tłumaczą się autorowie tem, że przy badaniu przewodu pokarmowego nie stwierdzili zmian typowych dla przepukliny obokprzełykowej żołądka i że nie zamieścili odpowiednich zdjęć z powodu braku miejsca.

Uważam, że dokładny i wyczerpujący opis żołądka i przełyku i stosunku ich do wymienionego tworu jest nieodzownie konieczny dla *uzasadnienia,* że twór ten ma odpowiadać innej postaci chorobowej, niż przepuklinie obokprzełykowej. Jeżeli zaś z powodów „konieczności ograniczania się“ autorowie nie umieścili odpowiednich roentgenogramów, to w każdym razie należało conajmniej podać dokładny opis; trudno zaś zadowolnić się zapewnieniem, że niczego nie stwierdzono i że wobec tego mogli autorowie „spokojnie przejść nad wymienionemi sprawami“.

Natomiast nie można przejść spokojnie nad sposobem, w jaki tłumaczą autorowie powstanie opisanego tworu w śródpiersiu.

Autorowie przyjmują, że „czy to na tle przebytych w dzieciństwie chorób, odry, błonicy czy krztuśćca, schorzeń usposabiających do rozwinięcia się rozszerzeń oskrzeli, lub też po przebyciu może niespostrzeżenie odoskrzelowego zapalenia płuca prawego lub też wreszcie po długotrwałym nieżycie oskrzeli rozwinęły się u chorej zmiany w zakresie dolnej gałęzi oskrzela prawego, które doprowadziły do rozszerzenia danego odcinka oskrzela i w następstwie do zmian w miąższu prawego dolnego płata i opłucnej przeponowej, żebrowej i śródpiersiowej pod postacią zwłóknienia odnośnych części w płucach i zgrubień i zrostów na opłucnej“.

Na dołączonych roentgenogramach nie mogę się nigdzie tych wszystkich zmian dopatrzyć. Należało się tu spodziewać zaciemnienia i skurczenia dolnych części prawego pola płucnego, nierównych, zaciągnietych konturów przepony, ograniczenia jej ruchomości, przemieszczenia cienia śródpiersia — jako następstw tych rozległych zmian w miąższu płucnym i w opłucnej, o których autorowie wspominają. Zamiast tego znajdujemy zupełnie jasne pole płucne, szerokie, równe przestrzenie między-żebrowe, przeponę gładko i wyraźnie konturowaną. Ruchomość przepony utrzymana; jak autorowie sami wspominają „przepony obustronnie dobrze ruchome, kąty wolne“. Zmiany te pod wpływem ucisku powietrza dostającego się być może z pękniętej gdzieś, wydętej ściany płuca, komunikującej z oskrzelem, umożliwiły powstanie tak długo utrzymującej się samoistnej odmy piersiowej, którą powik-

łał w następstwie płyn zapalny, wytwarzający się zapewne z powodu zakażenia jamy przez zarazki pochodzące ze schorzałych oskrzeli".

Obecność płynu „zapalnego" we wcale dużych ilościach, jak to widzimy na rentgenogramie, płynu powstałego wskutek zakażenia przez zarazki pochodzące z rozstrzeni oskrzelowych, wypełnionych ropiastą plwociną, z której wyhodowano gronkowca złocistego, jak podają autorowie, stoi w dziwnem przeciwieństwie do skąpej ilości objawów i dobrego stanu ogólnego chorej, jak to wynika z dołączonej historji choroby.

Przypadki takich wysięków śródpiersiowych, co jest łatwo zrozumiałem, cechuje bardzo ostry przebieg i ciężkie objawy. Bez operatywnego lub samoistnego opróżnienia się kończą się zazwyczaj śmiertelnie, jak to wszyscy autorowie zajmujący się tą sprawą podnoszą.

A więc nie tylko „morfologiczne" podobieństwo obrazów rentgenowskich, lecz także i cały obraz kliniczny przemawiają przeciw rozpoznawaniu przyjętemu przez autorów i wzbudzają usprawiedliwione wątpliwości pod tym względem.

W końcu w sprawie zgodności z analogicznemi obrazami wysięków śródpiersiowych przedstawionych w pracy Rist'a, Jacob'a i Trocme'go. Zachodzi tu niezrozumiała sprzeczność między tem co Pp. Mossor i Tumidajski podają w swoim artykule, a tem co podnoszą w odpowiedzi na moje uwagi.

W artykule swym wyraźnie podkreślają, że na *zgodności* obrazu wysięku w ich przypadku *z obrazami* wysięków w przypadkach autorów francuskich opierają swe rozpoznanie. W odpowiedzi zaś na moją uwagę, że „zachodzą tu wcale wyraźne różnice", zarzucają mi autorowie błędne zrozumienie pracy autorów francuskich gdyż w przypadkach Rist'a, Jacob'a i Trocme'e chodzi „przeważnie o zlepną (włóknistą) postać zapalenia" podczas gdy ich przypadek ma przedstawiać odmienny rodzaj zapalenia, a mianowicie wysiękowo-odmowe.

Ale w takim razie na czem polega podkreślana przez autorów *analogiczna zgodność* z temi obrazami i w czem leży moje błędne rozumowanie?!

Jeżeli zaś autorowie mieli na myśli wspólną genezę zmian w opłucnej śródpiersiowej, zmian powstałych w ich przypadku i w przypadkach autorów francuskich z rozstrzeni oskrzelowych, to należało to odpowiednio jasno określić.

Należy tu jednak zauważyć, że wspólna cecha „analogiczna" polega właściwie tylko na obecności rozstrzeni oskrzelowych.

Rozwój i powstanie w sąsiedztwie oskrzeli procesów zapalnych w opłucnej śródpiersiowej, tłómaczą autorowie francuscy zakażeniem opłucnej z rozstrzeni oskrzelowych. Rentgenologicznie przedstawiają te zmiany typowy obraz zapaleń opłucnej śródpiersiowej (trójkątny lub taśmowaty cień). W przypadku zaś Pp. Mossora i Tumidajskiego mamy do czynienia wprawdzie również z rozstrzeniami oskrzelowemi, jednak w miejsce charakterystycznych cieni wysięków opłucnej śródpiersiowej, występuje tutaj medjalnie od oskrzeli kulisty twór przylegający do cienia serca, zupełnie nie przypominający obrazów w pracy Rist'a, Jacob'a i Trocme'go, na które się autorowie powołują. Twor ten miał zdaniem Pp. Mossora i Tumidajskiego powstać drogą zakażenia opłucnej z oskrzeli i ma przedstawiać wysiękowo-odmowe zapalenie. Na to jednak, ani obrazem klinicznym ani rentgenowskim nie dostarczyli autorowie przekonywujących dowodów. Nie znajduję ich również i „w odpowiedzi". Nadmienić muszę, że zarówno rzadkie przypadki wysiękowego zapalenia, jak i też częściej spotykane przypadki zapalenia włóknistego, dają w obrazie rentgenowskim bardzo podobne taśmowate lub trójkątne cienie i tylko bardzo dokładny rozbiór wszystkich objawów może rozstrzygnąć jaka postać zapalenia rozwinęła się w danym przypadku. Podnoszą to także wyraźnie wyżej wymienieni francuscy autorowie.

Jednym z głównych objawów różniczkowych jest przy otorbionych zapaleniach wysiękowych ucisk na śródpiersie. Uderza, że w przypadku PP. Mossora i Tumidajskiego przy tak dużem „zapaleniu wysiękowo-odmowem" (płyn wytworzony z powodu zakażenia jamy przez zarazki pochodzące z rozstrzeni oskrzelowych) brak również i tego objawu.

Na koniec dla wytłumaczenia niezrozumiałego dla PP. Mossora i Tumidajskiego „mego rozumowania" co do przyczyn wywołujących przemieszczenie oskrzeli ku obwodowi, wyjaśniam, że nie twierdziłem wcale i nigdzie niema tego w mych uwagach, jakoby tylko ponadprzeponowa część żołądka mogła przepychać oskrzela ku obwodowi, a nie mogło tego wywołać nagromadzenie powietrza i płynu w śródpiersiu. Jest zupełnie jasnem i zrozumiałem, że nastąpić to może z obu przyczyn. Prawdopodobniejszem jednak wydaje mi się, że w tym przypadku przyczyna przemieszczenia oskrzeli nie leży w odmowo-wysiękowem zapaleniu opłucnej śródpiersiowej. Na podstawie opisu i rentgenogramu zawartego w artykule Pp. Mossora i Tumidajskiego doszedłem do tego przekonania; utwierdziła mnie w niem ich „odpowiedź".

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Chabanier, M. Lebert et Lobo-Onell: *Physiopatologie et Traitement du diabète sucré.* 426 stron tekstu. Paris, 1929. Masson et Co. Cena 50 franków.

Legueu, zaopatrując książkę w słowo wstępne, podnosi, że w piśmiennictwie światowem niema podobnej monografji. Jakkolkiek książka jest ciekawa, oparta w wielkiej mierze na doświadczeniach autorów, nie mniej trudno jest się zgodzić z twierdzeniem Legueu, albowiem posiadamy w piśmiennictwie tak wspaniałe monografje, jak Ioslina (1928) i Noordena (1927).

Książka składa się z dwóch części, fizjopatologicznej i leczniczej.

W części 1-szej poświęcają autorowie wiele miejsca t. zw. progowi cukrowemu. Rozdziały poświęcone temu tematowi przedstawiają bogaty materjał. Ważniejsze i naszem zdaniem ciekawsze są te rozdziały, które omawiają kwasicę cukrzycową. Tutaj widać przemożny wpływ najnowszych prac (z r. 1927) Ambarda i jego współpracowników, w szczególności odnośnie do znaczenia równowagi jonów chlorowych w krwinkach i osoczu, wynoszący normalnie około 0,50, rośnie w stanach kwasicowych na 0,54—0,55 i wyżej, a to wskutek przechodzenia jonów chlorowych z osocza do krwinek. Autorowie podają bardzo ładne i dokładnie opracowane przykłady na przypadkach cukrzycowych i nerkowych. Na podstawie swoich prac podnoszą oni, że ten stosunek chlorowy nigdy w kwasicy nie zawodzi i jest bodajże cenniejszym wskaźnikiem kwasicy, niźli zapas zasad. Dla oceny stopnia kwasicy cukrzycowej polecają autorowie jako zupełnie wystarczające dane, badanie ketonurji, zapasu zasad i ewentualnie stosunku chlorowego, badanie zaś ketonemji uważają w praktyce za niepotrzebne. Trudno z tem się zgodzić, jeśli się weźmie pod uwagę, że ketonurja często zawodzi w ocenie kwasicy cukrzycowej. Miarodajnem bowiem jest tylko równoczesne badanie ketonemji i zapasu zasad. Czy badanie stosunku chlorowego, będącego zanadto czułym wskaźnikiem kwasicy, może zastąpić oznaczanie ketonemji, byłoby na podstawie prac autorów trudnem przesądzać. W tym kierunku wskazaneby były dalsze badania.

Dużo uwagi poświęcają autorowie kwestji czynnika nerkowego w kwasicy. Zaznaczają oni, że bardzo często czynność nerek jest zaburzona i odbija się niekorzystnie na kwasicy cukrzycowej. Polecają oni dlatego badać zawsze ilość mocznika w krwi i w moczu. Autorowie byli jednymi z pierwszych, którzy wskazywali na wzrost azotemji w wielu przypadkach śpiączki cukrzycowej. Szczególnie podnoszą wartość oznaczania stężenia mocznika w moczu, które z wartości prawidłowych (50 do 55‰) opada bardzo wybitnie, bo nawet do 3‰, pomimo, że ilość moczu bardzo silnie maleje.

Część druga poświęcona leczeniu cukrzycy i jej powikłań nie wnosi wiele ciekawego. Przeciwnie, zachodzą tutaj nawet znaczne usterki. W rozdziale djetetyki autorowie nie uwzględniają zupełnie najnowszych prac Adlersberga i Porgesa odnośnie do znaczenia diety skąpo-tłuszczowej. Jeżeli autorowie ograniczają w niektórych przypadkach rację tłuszczową, to tylko z tego względu, iż widzą w tłuszczach ciała tylko acetonotwórcze.

W rozdziale leczenia śpiączki cukrzycowej autorowie są zwolennikami stosowania insuliny przedewszystkiem na drodze podskórnej (60 do 80 jednostek). Drogę dożylną obierają tylko wtedy, jeśli układ sercowo-naczyniowy jest względnie dobrze utrzymany; dawki na tej drodze stosowane nie są duże (20—30 jednostek). Równocześnie stosują cukier gronowy, w lewatywach, podskórnie (47‰) i dożylnie. W przypadkach niedomogi nerkowej wstrzykują dożylnie nieizotoniczny (47‰), lecz hipertoniczny (100—200 gr. ‰) roztwór cukru gronowego. Wyniki leczenia śpiączki są korzystne. Na 32 przypadków wystąpiło zejście śmiertelne w 12 przypadkach, w tem w 2-ch przypadkach bezpośrednio (bez odzyskania przytomności), w 10 przypadkach następowo jako powikłanie kwasicy (nerki, serce i t. p.).

W rozdziale leczenia powikłań cukrzycy zasługuje na uwagę bardzo korzystny wpływ insuliny na przypadki powikłane gruźlicą. W przypadkach zgorzeli zarówno suchej jak i wilgotnej stwierdzili autorowie cofanie się procesu pod wpływem insuliny stosowanej podskórnie i miejscowo w postaci pomady codziennie odnawianej. Na podkreślenie zasługują spostrzeżenia doty-

czące cofania się pod wpływem insuliny nacieków cholesterynowych w jednym przypadku *xanthoma diabeticum,* jak i w jednym przypadku *retinitis diabetica.* Do bardzo cennych spostrzeżeń należy zaliczyć bardzo rzadko u nas spotykane przypadki *diabète bronzé;* w 2 przypadkach na 4 insulina spowodowała cofanie się zabarwienia bronzowego, które nawet w 1 przypadku zupełnie ustąpiło. Na podkreślenie też zasługują 2 przypadki choroby Basedowa i cukrzycy, które równomiernie poprawiały się pod wpływem insuliny.

W rozdziale środków pomocniczych insuliny autorowie wymieniają witaminę B, sole niklu i kobaltu, syntalinę i glukhorment, nie wspominając zupełnie o myrtyllinie, ani o wątrobie. Witaminie B, jakoteż solom niklu i kobaltu, odmawiają autorowie znaczenia jako środkom wspomagającym działaniu insuliny. Syntalinę i glukhorment uznają jako środki nienadające się do leczenia cukrzycy.

Władysław Elmer.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, Nr. 13, z 1 lipca 1929: W. Stefański: Polskie ustawadawstwo socjalne w stosunku do lekarzy. — Stosunki zawodowo-lekarskie w Małopolsce Wschodniej. — Ze Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Bank lekarzy. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 26, z 30 czerwca 1929: Dziesięciolecie Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. — I. Zjazd aptekarzy słowiańskich. — M. Gatty-Kostyal: Convallaria majalis. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 5, z 1 maja 1929: Stan bezkontraktowy w Kasach chorych Województwa Poznańskiego i Pomorskiego. — Pismo Okr. Zw. Kas chorych w Poznaniu do Związku lekarzy Zach. Polski. — P. Dziurzyński: Powierzenie Kasom chorych ściągania składek ubezpieczenia na wypadek braku pracy. — Kilka uwag o walce z gruźlicą na terenie Okręgowego Związku Kas chorych w Warszawie. — Projekt regulaminu Komisji rozjemczej opracowany przez Okręg. Zw. K. Ch. w Warszawie. — S. F.: Międzynarodowy przegląd ubezpieczeń społecznych.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 13, Nr. 11, z 1 czerwca1929: Fr. Zalewski: Leczenie gruźlicy chirurgicznej sposobem Finikowa. — Wł. Misiuro: Warunki fizjologiczne transportu powietrznego. — G. Szulc: Ogólne podstawy profilaktyki chorób zakaźnych w polu. — Wł. Mozołowski: O zaczynach proteolitycznych ustroju zwierzęcego.

Przegląd Sportowo-lekarski, rok I, Nr. 1, 1929 r.:S. Rouppert: Rola prasy lekarskiej w stosunku do zagadnień wychowania fizycznego. — W. Misiuro i W. Kondratowicz: Ze studjów psychologicznych nad wpływem lotu. — Z. Szydłowski: Badanie wytrzymałości oddechowej. — B. Zawadzki: Zadania psychologji wobec wychowania fizycznego i sportu. — W. Mozołowski: W sprawie udziału lekarzy w zawodach sportowych (ze szczególnem uwzględnieniem lekarza-chemika). — L. Zembrzuski: Profesor Ludwik Bierkowski jako twórca pierwszego w Polsce zakładu gimnastyczno-ortopedycznego. — J. Badecki: Postawa i sposoby badania.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 27, z 7 lipca 1929. I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — Fr. Plzak: Reforma programu studjum farmaceutycznego w Czechosłowacji. — Liczba jodowa tłuszczów. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. — Stan obecny badań nad sporyszem. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Lekarskie, rok II, nr. 6, z czerwca 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — A. Luftman: Przypadek promienicy kanalika łzowego. — K. Czyżewski: W sprawie zakładowego leczenia gruźlicy chirurgicznej w Kasach chorych.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII, nr. 4,z 1 lipca 1929: Krokika zdrojowa. — L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich zdrojowisk. — Z. Pelczar: Zarys historji klimatoterapji chorób narządu krążenia z uwzględnieniem ziem polskich (dok.). — L. Korczyński: Podstawowe wskazówki dla wyboru letnisk.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Immunite.

Nr. 81.

Działanie fizyczne pewnych metali na bakterje. Nowa droga doświadczalna na tem polu otwiera się badaczom przez pojawienie się ostatniej pracy G. Lachowskiego, przedstawionej na posiedzeniu z dnia 15 kwietnia 1929 w „Académie des Sciences" pod tytułem: „Wyjaławianie wody i płynów przez przewodniki metalowe, pozostające w kontakcie bezpośrednim z płynem". Wiadomo, że srebro posiada pewną własność bakterjobójczą; w naczyniu ze srebra rozwój bakteryj prawie nie istnieje; R. Doerr wyłożył te fakty już w 1920 r.

G. Lachowski stwierdza, że w pewnych warunkach ta własność bakterjobójcza dochodzi do zupełnej sterylizacji i podaje wytłómaczenie oryginalne, które zasługuje na wielką uwagę. Doświadczenie decydujące zostało dokonane przy pomocy M. Césari z Instytutu Pasteura.

W naczyniu szklanem, napełnionem wodą ze studni, znajduje się przewodnik ze srebra, otoczony licznemi spiralnemi drutami (9 spiralnych okrągłych na 3 mm średnicy, tworząc powierzchnię 72 cm^2). Do tej wody dodano gęstą zawiesinę z laseczników okrężnicy, zebraną na podłożu agarowem, w ten sposób, że 1 cm^3 płynu zawiera 1,128.000 mikrobów.

Po upływie 18 godzin znajduje się tylko 73.000 drobnoustrojów na 1 cm^3, a po 25 godzinach niema ani jednego. Dla porównania — woda w naczyniach szklanych, nie zawierających metalu żadnego, pozwoliła odwrotnie na rozwój laseczników, których liczba w końcu doświadczenia doszła do 4, 368.000 na 1 cm^3.

Podobne rezultaty otrzymano z lasecznikami Ebertha, choć bardziej powolne; każdy drobnoustrój reaguje, jak się tego można było spodziewać, na swój sposób.

Ale nie tylko srebro posiada własność wyjaławiania: jest prawdopodobnem, że własność ta należy do wielu metali, byleby one były polerowane i nie ulegające utlenieniu. N. p. biały metal nazwany „platoniksem" dał zupełnie te same rezultaty co srebro. Własność wyjaławiania zanika, jeśli metal został przedtem ogrzany. Tworzy się bowiem w chwili zastygania cienka powłoka z azotu i tlenu, która służy za błonkę izolacyjną. Tak samo po kilku doświadczeniach własność bakterjobójcza srebra lub „platoniksu" maleje, prawdopodobnie ze względu na osad, co prawda minimalny, z wapniaków i ciał organicznych, znajdujących się w wodzie studziennej; zwykłe przemycie metalu kwasem lub zasadą bardzo rozpuszczoną przywraca mu utraconą własność; należy też w tym przypadku mocno przepłukać metal by wszelki ślad kwasu lub zasady zanikł.

W doświadczeniu Lachowskiego tworzy się działanie fizyczne a nie chemiczne. By je wykazać, autor rozdziela wodę wyjałowioną, po 25 godzinnym kontakcie z kawałkiem srebra — do 3 naczyń szklanych a), b) i c):

b) jest ogrzane do 110°;

c) jest filtrowane przez Chamberlanda;

a) służy jako świadek.

W tych trzech naczyniach autor zasiewa na nowo laseczniki okrężnicy, tak samo jak i w czwartem naczyniu, zawierającem zwykłą wodę z kranu.

a) wskazuje po 24 godzin. 12 kolonij na 1 cm^3; *b)* 13 kol.; *c)* 1474.

W wodzie wyjałowionej i filtrowanej rozwój drobnoustrojów był normalny (jak w wodzie z kranu).

W wodzie wyjałowionej *a)*. lub ogrzewanej *(b)* — kontakt ze srebrem wytworzył pewne *uodpornienie,* przeszkadzające rozwojowi przyszłemu tego samego rodzaju drobnoustrojów.

Lachowski opierając się na swych poprzednich pracach, wyłożonych zwłaszcza w książce „L'origine de la Vie" podaje tłómaczenie tych zjawisk.

Jądro każdej komórki, a więc i drobnoustrojów, posiada prąd zmienny o wielkiej częstotliwości. Kontakt metalu powinien zmieniać częstotliwość wahań prądu. To zaburzenie wahań mikrobu w kontakcie ze srebrem, powoduje przez działanie czysto fizyczne czynność bakterjobójczą.

W ten sposób byłaby to nowa metoda wyjaławiania wody, bez uciekania się do gotowania, które ją czyni niestrawną i pozbawia ją pewnych soli mineralnych; bez pomocy substancyj chemicznych, które niszczą w pewnym stopniu czystość wody i bez pomocy filtrów, których nadzór jest tak trudny.

Pozostaje do sprawdzenia, co się staje z mikrobami zabitemi, czy zostają całkowicie rozpuszczone (lyse) i w ciągu jakiego czasu i czy ten „lysat" posiada lub nie własności szczepienia .

* * *

Znamienne prace Lachowskiego zbliżają się poniekąd do badań, wysoce oryginalnych, dokonanych w Brazylji przez A. Fontes, z Instytutu Oswaldo Cruz, które zostały ogłoszone w 1927 r.

W ciągu kilku lat Fontes posługiwał się korkami z papieru cynowego (z cyny) dla ochrony środowisk hodowli drobnoustrojów przed wysuszeniem. Zauważył więc, że w środowiskach tak zakorkowanych lasecznik Kocha rozwijał się słabiej, niż zazwyczaj.

By dojść do sedna rzeczy, uczony brazylijczyk dokonał serji doświadczeń b. ścisłych, które doprowadziły go do nieoczekiwanych i ciekawych konkluzyj. Hodowla składała się z laseczników gruźlicy typu ludzkiego i typu wołowego; podłoże z agaru i gliceryny 5%. Probówki zostały zatkane w części korkami z kory, w części korkami z cyny, w niektórych probówkach umieszczono listewkę cyny między korkiem z kory a szkłem naczynia. lub też w samej probówce, w kontakcie (lub bez) z podłożem hodowli.

We wszystkich wypadkach sama obecność cyny przeszkodziła normalnemu rozwojowi lasecznika ludzkiego, a jeszcze więcej — wołowego. Przytem, zaznaczyć należy, że cyna ta nie posiadała ani śladu arszeniku.

Wytłumaczenie tego zjawiska jeszcze nie jest zadowalające. Fontes, jak to sam przyznaje, w braku lepszego objaśnienia porównywa to zjawisko do „katalizatora". Autor eliminuje hypotezę bakterjofagji, nie zachodzi bowiem „lyza" hodowli. Przesiewając zarazki o spóźnionym rozwoju, na podłoże bez cyny, otrzymuje się hodowlę normalnie rozwiniętą.

Przesiewając natomiast kolejno na takie same podłoża z cyną rozwój laseczników gruźlicy coraz się zmniejszał, ale tylko w ciągu 9 miesięcy. Od tej chwili działanie cyny już się nie wzmagało.

A. Fontes przedsięwziął wiele podobnych doświadczeń z staphylococcus, bacterium coli, lasecznikiem gruźlicy ptaków, z lasecznikiem pseudo-trądu Dural'a. Poszukiwania te doprowadziły do ciekawej konkluzji, że cyna nie ma żadnego działania na rozwój powyżej wspomnianych zarazków.

* * *

Prace Lachowskiego we Francji i A. Fontes'a w Brazylji — choć różnorodne — wskazują na ten sam fakt, że działanie czynników fizycznych na bakterje jeszcze nie jest dokładnie znane. Powyższemi środkami w przyszłości znajdzie się może wygodny i praktyczny sposób wyjaławiania.

Wskazania bibljograficzne. R. Doerr. Zur Oligodynamie des Silbers. Bioch. Zeits. 23 kwietnia 1920 r. G. Lakhowsky: L'origin de la Vie. La Sterilisation de l'eau et des liquides par le circuit en métal.

(Compte Rendu Ac. Science 15 avril 1929).

A. Fontes: Acçao impedeuto exercida pelo estanho, em papel. sobre o des envolvimento dos culturas de tuberculose. Men. Inst. Osw. Cruz. T. XX. 1927. Analiza przez Leger'a w Bull. Institut Pasteur, 1928.

Oryginalna technika badania farmakologicznego. Przeszczepienie nerki na szyję. M. Raymond-Hamet oryginalną metodą sprawdził działanie pewnej ilości lekarstw. A mianowicie, przeszczepia nerkę zwierzęcia z brzucha na szyję i zapewnia krążenie krwi w tym organie przez połączenie naczyń krwionośnych nerkowych z naczyniami szyji. Udało mu się wykazać w ten sposób działania alkaloidów takich, jak *Claviceps Purpurea („ergot de seigle"),* a zwłaszcza „ergotaminy", jako środka wywołującego skurcz naczyń *(vaso-constriction),* co uzasadnia jego stosowanie przeciw krwotokom.

Monde Médical.

Nr. 50.

Zmiana w stężalności krwi (coagulabilité) w przebiegu żółtej febry; jej znaczenie dla wczesnego rozpoznania. Vellard i Miquelotte (na posiedzeniu 27 maja 1929 r. w Acad. Science) dowodzą, że zjawisko zmniejszenia się stężalności krwi w ciągu żółtej febry, nie jest reakcją swoistą, lecz zależną od poważnych uszkodzeń wątroby. Doświadczalnie autorzy odtworzyli te same zmiany krwi u psów zatrutych chloroformem lub kwasem arszenikowym, ale stałość tego odczynu w żółtej febrze, nawet w lekkich jej postaciach, intensywność tej reakcji, a zwłaszcza jej wczesność przy nieobecności jej w innych schorzeniach z gorączką, które możnaby z żółtą febrą pomieszać (grypa, broncho-pneumonja, malarja) — pozwala na wczesną djagnozę tej choroby.

Presse Médicale.

Nr. 53. 1929.

Odczyn doskórny (intra dermo reakcja) na toksynę (tyfusową) duru brzusznego; jej zmiany kliniczne w zależności od stopnia uodpornienia byłych chorych. (Posiedzenie Academie d'Médecine 25. VI. 1929) F. Arloiny, A. Dufourt i Pujos opisują odczyn doskórny na jad durowy, posługując się dlań filtrami (filtr Nr. 13), grzanemi do 58°, hodowli na bulionie laseczników Ebertha, albo też filtratami hodowli „lyzowanych" (rozpuszczonych) przez bakterjofag b. czynny. Fakty opisane wskazują na widoczną analogję reakcji tej z reakcjami Schick'a i Dick'a.

Odczyn jest dodatni (rumień skóry) u osób, które nie chorowały na dur brzuszny; u osób w przebiegu choroby lub od niedawna w rekonwalescencji; wreszcie u tych, co zostali niedostatecznie lub zbyt dawno szczepieni przeciw durowi. Odczyn jest ujemny u pewnej ilości rekonwalescentów lub chorych w okresie apyreksji końcowej duru o przedłużonym przebiegu. Odczyn jest stale negatywny 15—20 dni po rekonwalescencji. U osób szczepionych odczyn jest ujemny, jeśli szczepienie było wystarczające. Jedna tylko dawka szczepionki lub szczepienie datujące się od więcej niż 1 rok — mogą być niedostateczne, by dać odczyn ujemny.

Czasami, u byłych chorych, wyleczonych już od 21 do 30 lat, odczyn, stawając się znów dodatnim, dowodzi, że uodpornienie nabyte, wrodzone lub przez szczepienie — słabnie stopniowo w ciągu życia. Pod względem praktycznym odczyn opisany może wskazać na wrażliwość danej osoby względem duru brzusznego, a zwłaszcza może stanowić kontrolę przetrwania lub zaniku uodpornienia szczepionych i byłych chorych.

M. Leneman (Paryż).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 1 lutego 1929 r.

Przewodniczy kol. Gąsiorowski.

1) Kol. Mierzecki przedstawia i omawia *wartość leczniczą szczepionki Nicolle'a przeciw szankrowi miękkiemu.* Linja epidemjologiczna chorób wenerycznych przebiega pod postacią linji falistej, której łęki i wierzchołki odzwierciedlają nasilenie i osłabienie epidemji. Linja ta jest często tylko pozornie zależna od modnych środków leczniczych lub od t. zw. skutecznej akcji zapobiegaawczej. Dowodem tego jest linja epidemjologiczna powojenna wszystkich schorzeń wenerycznych a w szczególności kiły i wrzodu miękkiego. Chorobowość na wrzód miękki wykazywała około 15—20% ogólnej chorobowości wenerycznej, wykazywała wzrost wybitny w czasie wojny, doszła w czasie powojennym niemal do 0. Zanik wrzodu miękkiego w latach 1924, 1925 obserwujemy nie tylko na terenie Lwowa i na terenie ziem polskich, ale w całej Europie a nawet i w Ameryce. Z końcem roku 1927 stwierdzamy wzrost chorobowości na szankier miękki zarówno na materjale prostytutek, szpitalnym jak i Kas chorych, do największego nasilenia dochodzi w miesiącach letnich 1928 obecnie zaznacza się znowu spadek chorobowości.

W okresie tegoż nasilenia zastosowałem w 15 przypadkach wrzodu miękkiego szczepionkę Nicolle'a. We wszystkich przypadkach wykazano prątki Ducreya przed leczeniem. Przypadki z powikłaniami (10) dały bezwzględnie wynik zadowalający. Bolesność ustępywała przeważnie już po jednem wlewaniu, przypadki bez powikłań (5) dały nam wynik zaledwie w dwóch przypadkach przyczem w jednym przypadku z dwóch owrzodzeń jedno owrzodzenie i to większe ustąpiło po 3 wlewaniach a drugie mniejsze zachowało się opornie mimo dalszych trzech wlewań. Szczepionka zastosowywana w odstępach 2—4 dniowych powodowała gorączkę dochodzącą do 39—40 na przeciąg 8—10 godzin poczem następował spadek do 37,5—38, ta gorączka utrzymywała się przez 24—48 godzin. Gorączka wraz z dreszczami, bólem głowy następowały zwykle w 4—6 godzin po wlewaniach. W jednym przypadku wystąpiła biegunka a w drugim skłonność do wymio-

tów, utrzymująca się przez dni kilka. Ustępywanie objawów chorobowych zarówno wrzodów samych jakoteż i powikłań było zupełnie niezależne od reakcji (gorączki) ustroju na wlewania.

Prelegent uważa szczepionkę Nicolle'a za lek energiczny i skuteczny, który w lecznictwie wrzodu miękkiego odda duże usługi. Mechanizm działania tej szczepionki nie jest jeszcze wyjaśniony, prelegent nie przypisuje jednak efektu leczniczego działaniu proteino czy pyroterapji.

W dyskusji kol. G ą s i o r o w s k i omawia sprawę odczynu swoistego i nieswoistego jaki występuje po wstrzyknięciu szczepionki, tudzież mechanizmu leczniczego działania szczepionki użytej w przedstawionych przypadkach.

Kol. P i s e k wspomina o leczeniu szankra miękkiego kąpielami nasiadowemi przed 40 laty.

Kol. L e g e ż y ń s k i St. zapytuje o czas sporządzenia szczepionki i przypuszcza, iż o ile w świeżo sporządzonej przyjąć można działanie swoiste, to przy stosowaniu starej, kilkumiesięcznej szczepionki liczyć się trzeba tylko z leczeniem podrażniającem (proteinoterapją).

Kol. G o l d s c h l a g omawia sposoby leczenia zmian miejscowych i powikłań szankra m. na oddziele skórnym żeńskim Szp. p., tudzież obraz ulcus molle serpiginosum.

Kol. M i e r z e c k i w odpowiedzi na podniesione kwestje w dyskusji zaznacza, że objawy uboczne przy stosowaniu tej szczepionki nie są zbytnio dokuczliwe a wyniki w leczeniu powikłań b. dobre.

2) Kol. M ą c z e w s k i St. wygłasza wykład p. t.: *„Badania doświadczalne nad zachowaniem się błony śluzowej, wszczepionej do jajnika.* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. N o w i c k i zwraca uwagę na badania innych autorów, polegające na przeszczepianiu błony śluzowej macicy lub wogóle jej części. Stilling przeszczepiał autoplastycznie mięśniówkę i nabłoniak macicy do śledziony i po kilku latach stwierdzał powstawanie torbieli, wyłożonej nabłoniakiem, a więc twory torbielowate, jakie prelegent również otrzymywał w swoich badaniach. Eksperymenty, robione przez prelegenta, mogą być dalszemi przyczynkami do poznania, względnie wyjaśnienia hormonalnego stosunku jajnika do błony śluzowej macicy.

Kol. W i c z y ń s k i podnosi, że badania prelegenta przyczyniają się do potwierdzenia teorji Sampsona i stanowią doświadczalny dowód istnienia inkretów; przeszczepiona błona śluzowa macicy zachowuje się nadal swoiście t. zn. pozostaje nadal pod wpływem wewnętrzno - wydzielniczych bodźców jajnika. Badania jednak prelegenta i M i c h o n L o n i s są jeszcze i z tego względu interesujące, że przez wzięcie w obręb doświadczenia jajnika kuszą do szukania na drodze doświadczalnej odpowiedzi na dwa pytania:

1) Dlaczego najczęściej spotykamy adenomyosis na jajniku?
2) Dlaczego najsilniej rozwija się to schorzenie na jajniku?

Niestety na obydwa te zagadnienia przedstawione badania odpowiedzi nie dają. Co do pytania pierwszego, to słusznem wydaje się tłumaczenie kol. M., że tworzenie się ran i blizn przy pękaniu pęcherzyków usposabia jajnik do przyjmowania cząsteczek błony śluzowej macicy. Nie inaczej przecież tłumaczymy sobie powstawanie adenomyosis w bliźnie polaparotomijnej. Trzeba się jednak zastrzec, że istnieje pewien anachronizm między okresem pękania pęcherzyka a wędrowaniem oderwanych cząsteczek błony śluzowej macicy; mogą jednak być wyjątki spowodowane czynnikami konstytucjonalnymi, czy patologicznymi (patologja jajeczkowania!).

Badania te jednak odnoszą się do t. zw. *adenomyosis externa* a nie tłumaczą powstawania t. zw. *adenomyosis interna.* Próba kol. M. wyjaśnienia tego stanu „wzmożonym impulsem od cyklu owulacyjnego" jest niewystarczającą, gdyż z badań R. S c h r ö d e r a i R. M e y e r a wiemy, że t. zw. *corpus luteum persistens* jest przyczyną, że błona śluzowa macicy nie złuszcza się, lecz przeciwnie buja nadmiernie. Ale stanu tego nie można tłumaczyć podnietą „wzmożoną", które to słowo mogłoby budzić podejrzenie jakiejś wzmożonej siły inkretologicznej jajnika, gdy tymczasem chodzi tu raczej o przedłużenie impulsu ze strony tego narządu, co jest raczej wyrazem osłabienia jego funkcji — najprawdopodobniej konstytucjonalnego.

Usposabiającymi czynnikami konstytucjonalnymi, które w powstawaniu obu postaci omawianego schorzenia mogłyby pewną rolę odgrywać jest, spotykane w odpowiedniej kazuistyce zwężenie szyjki macicy, zmniejszona płodność i t. d.

Kol. M ą c z e w s k i na podniesione zagadnienia, podkreśla rolę inkretu jajnika na tworzenie się adenomyosis int., jak też — zgodnie z kol. W i c z y ń s k i m, — i rolę czynnika konstytucjonalnego.

3) Kol. E l m e r i S c h e p s wygłaszają wykład p. t.: *„O nowej metodzie leczenia ciężkich postaci tężyczki* (z pokazem). (Przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji kol. E. M e i s e l s zaznacza, że nadmiernie wysoki poziom wapnia we krwi występuje przy pewnem schorzeniu układu kostnego, a mianowicie przy torbielowatem zwyrodnieniu kośćca. Przy tem schorzeniu można niekiedy wykazać 2 razy wyższe wartości wapnia niż prawidłowo. W przypadkach spostrzeganych przez mowcę wynosiły one 25 i 14,4 mg. Przez długi czas nie umiano wytłumaczyć w jaki sposób powstaje to zwiększenie się poziomu wapnia we krwi, a w szczególności nie wiedziano dokładnie jaką rolę odgrywają tutaj gruczoły przytarczycowe, które prawie zawsze są przy tem schorzeniu powiększone. Dzięki badaniom autorów amerykańskich, szczególnie C o l l i p a i jego szkoły wiemy dzisiaj, że hormon przytarczycowy wywołuje podwyższenie zwierciadła wapnia we krwi, prawdopodobnie przez wyługowanie go z kości. Powiększenie przytarczyc, które przy torbielowatem zwyrodnieniu kośćca występuje, nie jest, jak przypuszczał E r t h e i m wyrównawczym przerostem wywołanym, przez zwiększoną przemianę wapnia, lecz jest tu zmianą pierwotną. W schorzeniu tem mamy, zdaje się, do czynienia z wzmożoną czynnością gruczołów przytarczycowych, hyperparathyreoidozą, stanowiącą zmianę pierwotną, zmiany zaś w kościach, zmiany w zawartości wapnia we krwi są wtórnymi objawami wywołanymi zaburzeniami, w czynności wydzielniczej tych gruczołów. Za tem zapatrywaniem na istotę choroby torbielowatego zwyrodnienia kośćca przemawiają też wyniki operacyjnych zabiegów M a n d l a i G o l d a. Po usunięciu bowiem w ich przypadkach przerosłej przytarczycy, (zazwyczaj tylko jeden gruczoł przytarczycowy jest przy tem schorzeniu powiększony), zwierciadło wapnia we krwi obniżyło się bardzo znacznie. W bardzo krótkim czasie po operacji spadło do stanu prawidłowego, a nawet obniżyło się poniżej jego. Równocześnie z tem wystąpiła wybitna poprawa w obrazie klinicznym, a rentgenologicznie można było wykazać zagęszczenie się miejsc torbielowato zmienionych.

Kol. G r i f f e l omawia różnice w patogenezie tężyczki dziecięcej i pooperacyjnej, tudzież wyniki lecznicze, w pewnych wypadkach niekorzystne.

Kol. E l m e r w odpowiedzi podkreśla konieczność dokładnego rozpoznania i stosowania leczenia parathormonem Collipa tylko w odpowiednich formach tężyczki.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego.

W dniach 22 i 23 marca r. b. odbył się we Lwowie zjazd lekarzy powiatowych Wojewódzdzwa Lwowskiego, na który przybyło 28 lekarzy.

Zagaił zjazd p. Wojewoda Gołuchowski, poczem w imieniu Władz Centralnych powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, wskazując jednocześnie lekarzom powiatowym na konieczność nasilenia akcji sanitarno-porządkowej i akcji walki z chorobami społecznemi, która w Województwie Lwowskiem nie jest jeszcze postawiona na należytem poziomie.

Na wniosek Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia D-ra Mikołajskiego, zjazd uczcił przez powstanie pamięć zmarłych w roku zeszłym lekarzy powiatowych: D-ra Romana Małaczyńskiego i D-ra Józefa Patryna.

Z odczytanych kolejno sprawozdań lekarzy powiatowych za rok 1928 widać, że wiele z zamierzeń lekarzy powiatowych z dziedziny higjeny zapobiegawczej nie mogły być urzeczywistnione ze względu na szczupłe fundusze, któremi rozporządzały wydziały powiatowe.

Żywe zainteresowanie wzbudził referat Doc. Dra Gąsiorowskiego o ocenie higjenicznej wartości wody i kontroli studzien. W sprawie powyższej Dr. Gąsiorowski udzielał wyczerpujących wyjaśnień na liczne zapytania uczestników zjazdu.

Bardzo szczegółowo opracowany referat Dra Mulaka o chorobach zakaźnych w Województwie Lwowskiem w r. 1928 wykazał, że: liczba zachorowań na dur brzuszny znacznie się zmniejszyła, a mianowicie z 1702 zachorowań w r. 1927 liczba ta spadła w r. 1928 do 888 przypadków. Dur osutkowy zmniejszył się z 484 przypadków w r. 1926 i 422 w r. 1927 do 415 w roku sprawozdawczym. Czerwonka z 890 przypadków w r. 1927 spadła do 265 w roku 1928. Zmniejszenie się zachorowań wykazuje także płonica (4022 przypadków w r. 1927 i 3323 w r. 1928), oraz odra (7554 w r. 1927 i 4194 w r. 1928). Ogółem zanotowano w Województwie Lwowskiem 18,484 zachorowań na choroby zakaźne w r. 1928, zaś w r. 1927 — 26,735.

Inspektor lekarski Województwa Dr. Parecki wygłosił referat o usterkach w akcji zwalczania chorób zakaźnych i w sprawozdaniach lekarzy powiatowych o epidemjach. Z dyskusji wy-

nikło, że wiele z tych usterek powstaje wskutek niedokładnego rozpoznania przyczyn zgonów przez oglądaczy zwłok i często mylnego notowania przyczyn przez zarządy gmin wyznaniowych.

Następnie Dr. Styś szczegółowo referował o stanie piekarń w Województwie Lwowskiem.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego zakładu dla sierót przy ul. Kadeckiej, w którym umieszczone są 350 dzieci od niemowlęctwa do 18-go roku życia. Dzieci te są pod stałą opieką lekarską. Zarówno urządzenie, jak i prowadzenie zakładu są wzorowe. Następnie zwiedzono: pawilony zakaźne szpitala powszechnego, gdzie szczegółowych wyjaśnień udzielał prymarjusz Dr. Lipiński, miejski zakład dezynfekcyjny, w którym wyjaśnień udzielali Komisarz m. Lwowa Prof. Nadolski i naczelny lekarz miejski Dr. Doliński, oraz publiczny ustęp podziemny na jednym z placów miejskich, dobrze urządzony i czysto utrzymany.

O godzinie 4-tej uczestnicy zjazdu zebrali się ponownie w sali Urzędu Wojewódzkiego, gdzie omawiane były różne sprawy aktualne, związane z pracami lekarzy powiatowych.

O godzinie 6-tej zjazd zamknięto.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego.

W dniach 5 i 6 kwietnia r. b. odbył się w Wilnie zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego, na który przybyli wszyscy lekarze powiatowi, przedstawiciele Sekcji Zdrowia miasta Wilna, Naczelnik Wydziału Zdrowia Województwa Białostockiego i zaproszeni lekarze, pracujący społecznie.

Obrady zagaił p. Wojewoda Raczkiewicz, podkreślając doniosłość i aktualność spraw z dziedziny zdrowotności publicznej, jakie mają być rozpatrywane na zjeździe, i życząc pracom zjazdu owocnych wyników.

Następnie powitał zjazd w imieniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz.

Z kolei poszczególni lekarze powiatowi odczytali sprawozdania ze swych prac w r. 1928, z uwzględnieniem realizacji budżetów samorządowych na akcję sanitarno-leczniczą.

Na pierwszem miejscu pod względem wysokości budżetu na sprawy sanitarno-lecznicze, stoi miasto Wilno, które w roku ubiegłym przystąpiło do planowej realizacji zamiarów zarówno w dziedzinie uporządkowania lecznictwa, posunięcia naprzód akcji zapobiegawczej, jak i ulepszeń w sprawach sanitarno-porządkowych.

Kosztem 161,946 zł. dokonano kapitalnych remontów szpitala św. Jabóba, szpitala Sawicz, szpitala żydowskiego, dziecięcego i zakaźnego, w którym urządzono wzorowy oddział dla 50 chorych na gruźlicę. Odremontowano lokal dla „Kropli mleka", jak również poradnię dla matek i przychodnię przeciwkiłową dla dzieci.

W lokalu miejskim z wydatną pomocą ze strony Magistratu otwarto Poradnię Sportową Komitetu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego, zapoczątkowano urządzenie skweru na placu Łukiskim i założono szereg małych skwerów, wyzyskując skrawki gruntu, pozostałe po uregulowaniu jezdni. Przedłużono sieć wodociągową o 4 i pół kilometra, kanały uliczne o 3 i pół klm., z któremi dokonano połączenia 137 posesyj (z tego 50 częściowych dla wód ściekowych i gospodarczych). Przedłużono linję oświetlenia o 19 klm., na której zainstalowano 268 nowych punktów świetlnych. Urządzono nowych bruków na jezdni 6,165 metrów kwadratowych, przebrukowano 66,953 m^2 ulic i placów i ułożono 28,817 m^2 nowego chodnika betonowego.

Ogólny budżet Sekcji Zdrowia wynosił na rok 1928/29 — 2,106.152 zł. w wydatkach zwyczajnych, z których zrealizowano 1,971.665 zł.Natomiast przekroczono znacznie wydatki z kredytów nadzwyczajnych na remont szpitali. Mianowicie preliminowano na ten cel 74.000 zł., a wydatkowano 161.946 zł. Należy nadmienić, że koszty budowy urządzeń dla odkażania wód ściekowych zapomocą rezerwoarów Imhoffa i chlorowania wody w szpitalach zakaźnych i św. Jakóba, figurują w budżecie Wydziału kanalizacyjnego.

Walka z chorobami społecznemi prowadzona jest na obszarze Województwa Wileńskiego zapomocą przychodni przeciwgruźliczej w Wilnie, ośrodków zdrowia w Głębokiem i Oszmianie, oraz przychodni rejonowych. Na rok bieżący zaprojektowane są ośrodki zdrowia w Wilejce i Mołodecznie.

Znaczny postęp daje się zauważyć w akcji sanitarno-porządkowej. Zabrukowano wiele ulic i placów w miastach i miasteczkach oraz dróg, prowadzących przez wsie, urządzono szereg nowych studzien, a w wielu miejscowościach zamieniono w studniach cembrowinę drewnianą na betonową. Co do ustępów w miastach i miasteczkach, to jest ich obecnie przeszło 70%, śmietników 65%, a ustępów we wsiach 57%. Szerszemu rozwojowi akcji leczniczej i sanitarno-porządkowej stają na przeszkodzie klęska nieurodzaju i długotrwała oraz wyjątkowo sroga zima.

Po zakończeniu sprawozdań lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce lekarskiej i wyzyskaniu materjałów statystycznych, znajdujących się w starostwach, p. Adamowiczowa o stanie statystyki sanitarnej w Województwie Wileńskiem. Dr. Brokowski o wychowaniu fizycznem młodzieży i o organizacji opieki higjeniczno-lekarskiej nad szkołami, Doc .Dr. Safarewicz o znaczeniu sanitarnem analizy wody i jej poszczególnych składników, Naczelnik Wydziału Opieki Społecznej p. Jocz o skoordynowaniu pracy komitetów opieki nad matką i dzieckiem z pracą organów służby zdrowia, Inspektor lekarski Dr. Błahuszewski o czynnościach lekarza powiatowego, Dr. Przyłagowski o ośrodkach zdrowia, Inspektor Starostw p. Żyłko o organizacji doraźnej akcji sanitarno-porządkowej ze strony samorządów, Dr. Borowski o zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy, wreszcie Inspektor farmaceutyczny p. Hrynaszkiewicz o nadzorze nad aptekami.

Następnie uczestnicy zjazdu zwiedzili przychodnię sanitarno-obyczajową, miejską stację opieki nad matką i dzieckiem, poradnię sportową, wzorowo urządzony i prowadzony oddział dla chorych na gruźlicę przy miejskim szpitalu zakaźnym na Zwierzyńcu, miejską szkołę powszechną przy ulicy Szeptyckiego i przychodnię przeciwgruźliczą przy ul. Żeligowskiego.

Wszystkie zwiedzone instytucje świadczą o dużym postępie, jakiego w latach ostatnich doznały sprawy lecznictwa i higjeny zapobiegawczej na terenie miasta Wilna.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostockiego.

W dniach 12 i 13 kwietnia r. b. odbył się w Grodnie zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostockiego.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi Województwa i zaproszeni Naczelnicy Wydziałów Zdrowia z Województw: Wileńskiego, Poleskiego, Nowogródzkiego i Wołyńskiego.

W imieniu Wojewody zagaił zjazd Naczelnik Wydziału Zdrowia Białostockiego Województwa Dr. Brodowicz, witając gości i lekarzy powiatowych,poczem w imieniu Centralnych Władz Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, a w imieniu władz miejscowych Starosta Robakiewicz.

Z odczytanych kolejno przez lekarzy powiatowych sprawozdań wynika, że w r. 1928 akcja walki z chorobami społecznemi zrobiła postępy.

Na terenie Województwa funcjonuje osiem ośrodków zdrowia z odziałami gruźliczym i jagliczym, mianowicie: w Augustowie, Bielsku Podlaskim, Grajewie, Kolnie, Łomży, Sokółce, Suwałkach i Zabłudowie. Pozatem zorganizowano w 10 powiatach 34 rejony lekarskie, w których porad chorym udzielają lekarze rejonowi.

Akcja sanitarno-porządkowa posunęła się naprzód; zabrukowano wiele ulic i placów w Białymstoku, Grodnie i innych miastach, a także drogi w pewnych wsiach; zasadzono drzewka na ulicach i placach miejskich i wzdłuż szos; urządzono 87% ustępów i 65% śmietników w miastach i 69% ustępów we wsiach, pobudowano szereg nowych studzien, odnowiono 37% domów meszkalnych w miastach i t. p.

Obszerną dyskusję wywołały preliminarze budżetowe gmin w dziedzinie zdrowia publicznego, które w obecnym swym stanie nie pozwalają na wytworzenie realnego obrazu co do wysokości świadczeń poszczególnych gmin na sprawy sanitarne. W dyskusji zabierali głos wszyscy obecni na zjeździe Naczelnicy Wydziałów Zdrowia sąsiednich Województw, w których sprawa budżetów sanitarnych jest także niejednakowo traktowana. W wyniku dyskusji zjazd wyraził prośbę, ażeby Departament Służby Zdrowia wskazał jednolite wytyczne dla opracowania preliminarzy budżetów sanitarnych sejmików, gmin miejskich i wiejskich.

Przy sposobności podkreślono z uznaniem zarządzenie Departamentu Służby Zdrowia, ażeby na zjazdy lekarzy powiatowych zapraszano w miarę możności naczelników wydziałów zdrowia sąsiednich województw, wobec zbliżonych warunków prac w dziedzinie sanitarjatu i jednakowych trudności przy praktycznem rozwiązaniu zasadniczych zagadnień zdrowotnych.

Następnie przystąpiono do referatów. Dr.Kacprzak omówił sprawy statystyki lekarskiej, p. Adamowiczowa wskazała na

błędy regestracji chorób zakaźnych w Województwie Białostockiem, Dr. Siemiaszko mówił o zadaniach lekarzy rejonowych, Dr. Zabłocki wygłosił referat o oczyszczaniu wsi, Dr. Brodowicz o propagandzie na wsi, o żłóbkach i ochronkach dla dzieci na wsi, o roli władz gminnych w dziedzinie służby zdrowia i o źródłach dochodowych gmin wiejskich w związku z budżetami na zdrowie publiczne.

Po zakończeniu obrad zjazdu uczestnicy zwiedzili szpitale sejmikowy i miejski, przychodnię przeciwgruźliczą, muzeum miejskie i regjonalne, farę i zamek.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Warszaw. wybrano prof. Dr. K. Orzechowskiego.

Doroczne walne zgromadzenie członków Warszawskiego Tow. Higjenicznego odbyło się pod przewodnictwem Dr. W. Kosmowskiego.

Zgromadzenie wysłuchało i zatwierdziło sprawozdania rzeczowe i finansowe Tow. higjenicznego, oraz jego instytucyj: sanatorjum w Rudce, ogrodów im. Raua oraz instytutu Lenwala. Odbyte wybory dały wynik następujbcy: do zarządu głównego T. H.: Dr. J. Maleciński, Dr. St. Otolski, W. Stokowska i Dr. C. Wichrowski — ponownie, oraz Dr. L. Sobieszczański i inż. E Szenfeld — na zastępców: St. Bobiński, Dr. M. Kurtz i Dr. J. Marzecki. Do komitetu ogrodów W. E. Raua: St. Blikle, H. Olszewska, Dr. Wł. Osmólski, Dr. Ryłko — wszyscy ponownie. Na wniosek przewodniczącego wyrażono jednomyślnie votum zaufania dla całego zarządu głównego z prezesem Dr. Witosławem Dąbrowskim na czele.

W dniu 21 b. m. odbyło się posiedzenie zarządu W. T. H., na którem dokonano wyborów prezydjum zarządu głównego, mianowicie: na prezesa wybrano Dr. W. Dąbrowskiego, na wiceprezesa jen. inż. Eug. Kątkowskiego, na skarbnika Dr. H. Kucharzewskiego i na sekretarza Dr. L. Sobieszczańskiego.

Konstytucyjne Posiedzenie Zarządu Polskiego Tow. Eugenicznego. Na posiedzeniu konstytucyjnem Zarządu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w dniu 9 b. m. na prezesa honorowego Zarządu wybrano p. marszałka Senatu prof. Juljana Szymańskiego, na czynnego prezesa Dr. L. Wernica, na wiceprezesów Dr. T. Męczkowską i Dr. M. Szczodrowskiego, na sekretarzy Dr. R. Dreszera i Dr. T. Welfle, na skarbnika Dr. Szewczykowskiego, zastępcę skarbnika Dr. Stawińskiego, na gospodarza lokalu p. posłankę E. Waśniewską.

Na temże posiedzeniu uchwalono powołać do życia Sekcję poradni przedślubnej, kierownictwo której objął dziekan Wydz. Lekarskiego Uniwersytetu prof. A. Czyżewicz.

Do Rady Głównej Towarzystwa Zarząd Oddziału Warszawskiego delegował na prezesa honorowego p. marszałka Senatu prof. J. Szymańskiego oraz p. dziekana prof. A. Czyżewicza.

Ministerstwo Pracy i Opieki Spoecznej przeznaczyło 2 stypendja wysokości około 350 zł. miesięcznie dla lekarzy pragnących zapisać się na 9-cio miesięczny kurs higjeny publicznej w Państwowej Szkole Higjeny, od 2 września 1929 r. do 31 maja 1930 r.

Kandydaci winni posiadać prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, mieć uregulowany stosunek do wojskowości i złożyć zobowiązanie odbycia na żądanie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej conajmniej dwuletniej służby w inspekcji pracy na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej. Stypendyści mają prawo korzystania z bursy Szkoły.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do 1-go sierpnia 1929 r.

Warszawskie Sanatorjum miejskie dla chorych płucnych w Otwocku. W niedzielę dnia 23 czerwca b. r. odbyło się w Otwocku poświęcenie wspaniałego gmachu „Sanatorjum dla chorych płucnych m. st. Warszawy".

Koszt budowy wynosi około 5 miljonów złotych, pomieszczalność 280 łóżek, urządzenie odpowiada najistotniejszym wymaganiom nauki lekarskiej i połączone jest z komfortem.

Gdy nadto zwróci się uwagę na doskonałe warunki klimatyczne i bliskość stolicy, stwierdzić należy, iż ludność stolicy w 10-lecie niepodległości uzyskała pomnikowe dzieło, mające na celu zwalczanie wroga ludzkości, jakim jest gruźlica.

Poświęcenia gmachu dokonał radny miejski ks. M. Krygier w obecności przeszło 300 osób, zaproszonych ze sfer rządowych, samorządowych, oraz przedstawicieli świata lekarskiego.

Odpowiednie przemówienia wygłosili: w imieniu Komitetu Budowy ławnik K. Koralewski, w imieniu rządu dyr. dep. sł. zdrowia dr. Piestrzyński, w imieniu komisji zdrowia i szpitalnictwa Rady miejskiej dr. W. Stefański, w imieniu Tow. Higjenicznego dr. W. Dąbrowski, w imieniu m. Warszawy — prezydent miasta J. Słomiński i w imieniu Rady miejskiej vice- prezes Wilczyński Stanisław.

Przyjmując pod swą opiekę nową instytucję, przemówił ostatni prezydent miasta Otwocka.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Jazłowcu w powiecie Buczackim jest do obsadzenia stanowisko lekarza okręgowego".

Bliższe informacje można uzyskać w Wydziale Powiatowym w Buczaczu, tudzież z pisma, umieszczonego na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej we Lwowie, ul. Zyblikiewicza l. 23.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Wilamowicach, w powiecie Biała krakowska jest do obsadzenia stanowisko lekarza okręgowego.

Bliższe informacje można uzyskać w Tymczasowym Zarządzie Powiatu Autonomicznego w Białej krakowskiej, tudzież z pisma umieszczonego na tablicy ogłoszeń Izby Lekarskiej we Lwowie, ul. Zyblikiewicza 23.

W Województwie Poleskiem są do objęcia od zaraz następujące posady:

1) Powiat Piński — posada lekarza rejonowego sejmikowego. Wynagrodzenie 350 zł. miesięcznie, mieszkanie i praktyka prywatna poza godzinami urzędowemi — możliwe objęcie oddziału Kasy Chorych.

2) Powiat Łuniniecki 2 posady lekarzy rejonowych, wynagrodzenie a) 300 zł. i Kasa Chorych 300 zł.: b) 500 zł., praktyka prywatna dozwolona, mieszkanie zapewnione.

3) Powiat Kamień - Koszyrski posada lekarza rejonowego — wynagrodzenie 400 zł. miesięcznie, mieszkanie z 5 pokoi; praktyka prywatna dozwolona.

4) Powiat Brzeski — posada lekarza rejonowego, wynagrodzenie 300 zł., praktyka prywatna i w Kasie Chorych.

5) Powiat Sarneński — posada lekarza rejonowego i kierownika szpitala. Wynagrodzenie VII st. sł., mieszkanie dla kierownika szpitala.

6) Powiat Stoliński — 3 posady lekarzy rejonowych, wynagrodzenie 200—400 zł., stosownie do umowy i dozwolona praktyka prywatna.

Ubiegający się o powyższe posady winni nadesłać podanie z dołączeniem curriculum vitae, do poszczególnych Wydziałów powiatowych.

Nowy Dom Zdrojowy w Gdyni. Z inicjatywy Zarządu Towarzystwa Kąpieli Morskich, przy czynnym i energicznym udziale Dyrekcji oraz przy poparciu materjalnem ze strony Banku Gospodarstwa Krajowego stanął w ciągu kilku miesięcy w Gdyni okazały Dom Zdrojowy, którego poświęcenia dokonał w dniu 29 czerwca r. b. miejscowy proboszcz ks. dziekan Turzyński. Gmach ten stanowi niezmiernie ważną placówkę w rozwoju Gdyni, a urządzenie w nim obok pomieszczeń, restauracyjnych, klubowych i hotelowych, ciepłych kąpieli morskich, gazowych i solankowych i t. p. pozwala przedłużyć sezon kuracyjny w Gdyni poza okres kąpieli morskich, trwający nie dłużej niż dwa miesiące.

Ze świata.

XXXIV Kurs dokształcający dla lekarzy urządzony przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego odbędzie się we Wiedniu w czasie od 30 września do 13 października 1929 r. Tematem tego kursu będą najważniejsze aktualne sprawy z zakresu medycyny ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa praktycznego. Bezpośrednio po kursie odbędzie się tydzień seminaryjny od 14 do 19 października b. r. Wszelkich bliższych wyjaśnień wsprawie tego kursu udziela sekretarz kursów Dr. A. Kronfeld, Wien, IX., Porzellangasse 22.

Państwo a walka z gruźlicą we Francji. Liczba przychodni przeciwgruźliczych we Francji przekroczyła już 600 w r. 1928; obecnie urządza się 30 nowych przychodni. Na utrzymanie przychodni wyznaczono ze skarbu państwa w r. 1928 8,600.000 franków, zaś na wydatki, związane z założeniem i urządzeniem we-

wnętrznem wyznaczono pozatem 3,000.000 franków z podatku, pobieranego od klubów i domów gry.

Instytucje społeczne (Komitet Narodowy obrony od gruźlicy, Fundacja Grancher'a, Szkoła pielęgniarek społecznych i t. p.), otrzymały w ciągu 1928 r. tytułem subwencji ze skarbu państwa sumę w ciągu 1928 r. tytułem subwencji ze skarbu państwa sumę 3,950.000 franków. Na dzień 1 grudnia 1928 r. Francja posiadała 100 sanatorjów do leczenia gruźlicy z 14.982 łóżkami; w chwili obecnej znajdują się w budowie sanatorja albo pawilony na 4,286 łóżek; w ciągu 1928 r. na założenie i urządzenie sanatorjów rząd udzielił subwencji w wysokości 24,000.000 franków, podatek od klubów przyniósł 2,905.000 franków.

W r. 1927 skarb państwa francuskiego pokrył częściowo koszty leczenia chorych w sanatorjach w wysokości 6,756.000 franków — ogół wydatków wynosił w tej pozycji 18,420.000 franków; rząd pokrył więc zgórą $^1/_3$ część. Dni sanatoryjnych było w r. 1927 ogółem 1,008.568. Na założenie, urządzenie albo powiększenie prewentorjów rząd otworzył w r. 1928 kredyt w wysokości 8,000.000 franków, z czego 3,000.000 franków z budżetu Ministerstwa Zdrowia i Pracy, 5,000.000 z podatku od klubów. Ogólna suma subsydjów rządowych na rzecz walki z gruźlicą wyniosła zatem w r. 1928 zgórą 56,000.000 franków, czyli 18 miljonów złotych. („Mouvement Sanitaire — 1929 — 31 mai).

Udział Polski w pracach międzynarodowych Instytucyj Higjeny Publicznej. Podczas sesji majowej 1929 r. Międzynarodowego Urzędu Higjeny Publicznej w Paryżu, delegat Rządu Polskiego, dr. W. Chodźko, wygłosił następujące referaty:

1) Trzy pierwsze przypadki zakażenia bakterją Banga u ludzi w Polsce;

2) Porażenie postępujące w polskich zakładach psychjatrycznych (1910—1927);

3) Ośrodki Zdrowia w Polsce.

Na posiedzeniu odbytem w dniu 20 maja r. b. Międzynarodowy Urząd Higjeny Publicznej powołał Komisję specjalną do spraw higjeny wsi, do której weszli: — delegat Rządu włoskiego — dr. Lutrario, delegat Szwajcarji — dr. Carriere i delegat Rządu Polskiego dr. Chodźko. Akcja Komisji będzie prowadzona wspólnie z Międzynarodowym Instytutem Rolniczym w Rzymie; ankieta tycząca się stanu sanitarnego wsi i ruchu ludności wiejskiej obejmie Polskę, Włochy i Szwajcarję.

VIII Kongres Międzynarodowy Towarzystwa Chirurgów. W umieszczonej w numerze 25-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronie 487 wzmiance o VIII Kongresie Międzynarodowgo Towarzystwa Chirurgów pominięto przypadkowo w spisie referentów nazwisko Dr. Jana Zaorskiego, który wygłosi referat dotyczący drugiego tematu umieszczonego na porządku dziennym obrad Kongresu.

Kalendarz Zjazdów Lekarskich na drugie półrocze roku 1929.

Lipiec: I Międzynarodowy Kongres Aktynologiczny w Paryżu od 22 do 24 lipca 1929.

VIII Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów w Warszawie od 23 do 26 lipca 1929.

IV Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów w Paryżu 25, 26 i 27 lipca 1929.

Sierpień: V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania w Helsingör (Danja) od 8 do 12 sierpnia 1929.

Féderation dentaire internationale w Utrecht (Holandja) w początku sierpnia 1929.

Naukowa wycieczka lekarzy do Paryża i Londynu od 3 sierpnia 1929 roku.

Wrzesień: VII Zjazd Powszechny Towarzystwa Higjenistów Polskich w Inowrocławiu 4 i 5 września 1929.

VII Zjazd lekarzy i działaczy samorządowych w Poznaniu 7 i 8 września 1929.

Wycieczka naukowa lekarzy do zdrojowisk włoskich od 10 do 26 września 1929.

IV Zjazd lekarzy-dentystów niemieckich w Kolonji od 2 do 8 września 1929.

III Międzynarodowy Kongres reformy życia płciowego w Londynie od 9 do 13 września 1929.

IX Zjazd niemieckiego Towarzystwa farmakologicznego w Münster od 25 do 28 września 1929.

Doroczne zebranie niemieckiego Towarzystwa aktynologów w Münster od 25 do 28 września 1929.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie od 26 do 29 września 1928.

Łącznie i równocześnie z XIII-tym Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędą się w charakterze jego sekcyj następujące zjazdy specjalistów poszczególnych gałęzi medycyny:

1) VIII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.
2) IV Polski Zjazd Stomatologiczny.
3) Zjazd Ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.
4) XXV Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich.
5) IV Zjazd Psychjatrów Polskich.
6) IX Zjazd Psychjatrów Polskich.
7) Zjazd Farmaceutyczny.
8) II Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego.
9) Zjazd Neurologów Polskich.
10) Zjazd Okulistów Polskich.

Październik: IV Zjazd Stomatologów Francuskich w Paryżu od 22 do 29 października 1929.

I Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Mikrobiologicznego w Paryżu od 7 do 12 października 1929.

IX Zjazd Towarzystwa chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji w Berlinie od 16 do 18 października 1929.

XX Francuski Kongres medyczny w Montpellier od 15 do 19 października 1929.

Sprostowanie.

W numerze 26-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. na stronie 501 w dziale „Bibljografja", gdzie podana została treść pierwszego tegorocznego zeszytu czasopisma „Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie" umieszczono w wierszu trzecim przez proste przeoczenie przy nazwisku „Edward Flatau" w nawiasie uwagę: („Wspomnienie pośmiertne"). Tymczasem wiadomem jest powszechnie, że Dr. Flatau nietylko żyje, ale z młodzieńczą energją pracuje wydatnie dalej na ojczystej niwie naukowej. Umieszczona we wspomnianem czasopiśmie wzmianka o tym Uczonym, zestawiona przez redaktora „Kwartalnika Klinicznego" Dr. Rotstadta nawiązaną była do cichego obchodu 35-letniej pracy lekarskiej i naukowej, tudzież 25-lecia ordynatury szpitalnej Dra Edwarda Flataua.

Za tę przykrą i pożałowania godną pomyłkę redakcja „Polskiej Gazety Lekarskiej" przeprasza gorąco Czcigodnego Jubilata i życzy Mu, by Mu było danem jeszcze bardzo wiele lat pracować dla dobra nauki polskiej i cierpiącej ludzkości.

Redakcja otrzymała.

Doc. Dr. Jan Nowaczyński: „Mikroskopja i chemja kliniczna z uwzględnieniem badań serologicznych". Nakładem Bratniej pomocy medyków Uniw. Jagiell. Kraków 1929.

Dr. Madaus: „Podręcznik receptowy oligopleksów dynamicznych i preparatów". Warszawa 1929.

Edw. Bruner: „O leczeniu chorób skóry promieniami t. zw. „granicznemi (Bucky'ego)". Odb. z Polskiego Przeglądu Radjologicznego, tom IV, zeszyt 1, rok 1929.

Józef Handelsman: „Okresowe majaczenia oraz napadowe wydzielanie cuchnącego zapachu (fetoroekreusis) w przypadku nagminnego zapalenia mózgu'. Odb. z Księgi Jubileuszowej Edwarda Flataua 1929.

Józef Handelsman: „Przyczynek do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu". Odb. z Rocznika Psychjatrycznego, zeszyt X, r. 1929.

Władysław Janowski: „Rzut oka na 31 lat pracy naukowej oddziału chorób wewnętrznych, prowadzonego przez Władysława Janowskiego (1866—1928)". Odbitka z Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom VI, zeszyt 3, r. 1928.

Revue Belge des sciences médicales, tom I, janvier 1929, nr. 1.

Pamiętniki Polskiego Towarzystwa lekarzy weterynaryjnych, rok 3, 1928/29, tom I, nr. 3.

St. Karasiński: „Badania nad działaniem tranu i naświetlonej ergosteryny w krzywicy doświadczalnej". Odb. z zeszytu 9, „Nowiny Lekarskich', z r. 1929.

Le Monde Médical, numéro 751, 1-es juillet 1929.

Wydawnictwa Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie, Kraków 1929:

1) Okólniki i pisma okólne okręgowego urzędu ubezpieczeń we Lwowie za 1928 rok,

2) Sprawozdanie Zarządu Okręg. Związku Kas chorych w Krakowie za 1928 rok,

3) *Dr. K. Karaffa-Korbut:* „Praca i odpoczynek".

Liczba i rozsiedlenie lekarzy w Polsce według różnych źródeł. (Wyjęto z czasopisma „Zdrowie", str. 299 i 300 z r. 1929).

L. p.	Województwa i miasta	Wg. urzęd. spisu lekar. C. D. Sł. Zd. r. 1928	Wg. spisu lek. Nacz. Izby Lek. 1926/27.	Wg. danych przysł. przez Izby Lekar. 1926/27.	1/1 1926 wg. Rocz. statystyki Rp. Polskiej	1/1 1928 wg. Rocz. statystyki Rp. Polskiej
1	m. Warszawa	2020	1491	1714	1664	2114
	woj. Warszawskie	314	290	290	291	420
2	woj. Łódzkie	217	197	187	572	779
	m. Łódź	417	389	416		
3	woj. Kieleckie	351	335	342	343	483
	m. Kielce	37	38	29		
4	woj. Lubelskie	238	213	196	301	412
	m. Lublin	75	83	80		
5	woj. Białostockie	193	191	193	236	340
	m. Białystok	71	81	62		
6	woj. Wileńskie	73	56	109	313	430
	m. Wilno	296	292	302		
7	woj. Wołyńskie	172	143	186	166	236
	m. Łuck	18	21	25		
8	woj. Nowogródzkie	97	78	102	84	128
	m. Nowogródek	16	11	12		
9	woj. Poleskie	92	87	74	125	185
	m. Brześć n/B.	37	26	43		
10	woj. Poznańskie	385	371	391	454	653
	m. Poznań	254	208	232		
11	woj. Pomorskie	190	167	163	138	212
	m. Toruń	52	41	43		
12	woj. Śląskie	221	240	240	288	401
	m. Katowice	73	56	56		
13	woj. Krakowskie	335	316	317	694	956
	m. Kraków	465	446	444		
14	woj. Lwowskie	485	456	447	999	1367
	m. Lwów	660	562	612		
15	woj. Tarnopolskie	194	179	191	180	268
	m. Tarnopol	34	30	33		
16	woj. Stanisławowskie	210	190	193	239	343
	m. Stanisławów	64	58	60		
17	Niewiadomo gdzie mieszkają	21	—	—	—	—
	Razem	8377	7342	7784	7087	9757

Stan rodzinny lekarzy w Polsce.

Wyznanie		Nieżonaci	Niezamężne	Bezdziet.		Liczba dzieci																						Ogółem żonat. (zam.) maj. dzieci		Razem lek. których przejrzano karty rejestr.	
						1 dz.		2 dz.		3 dz.		4 dz.		5 dz.		6 dz.		7 dz.		8 dz.		9 dz.		10 d.		11 d.					
				m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Chrześcjan	L. lekarzy	912	99	758	78	706	57	618	21	342	5	144	3	64	1	21	—	8	—	9	—	3	—	2	—	1	—	1918	87	3588	264
	L. dzieci	—	—	—	—	706	57	1236	42	1026	15	576	12	320	5	126	—	56	—	72	—	27	—	20	—	11	—	4176	131	—	—
Mojżeszowe	L. lekarzy	555	178	323	68	382	50	261	15	85	2	25	3	14	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	771	70	1649	316
	L. dzieci	—	—	—	—	382	50	522	30	255	6	100	12	70	—	18	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1354	98	—	—
Nieznane	L. lekarzy	306	55	256	19	338	24	318	7	174	4	76	—	21	—	8	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	910	35	1472	109
	L. dzieci	—	—	—	—	338	24	636	14	441	12	304	—	105	—	48	—	7	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1888	50	—	—
Razem	L. lekarzy	1773	332	1337	165	1426	131	1197	43	574	11	245	6	99	1	32	—	10	—	9	—	4	—	2	—	1	—	3599	192	6709	689
	L. dzieci	—	—	—	—	1426	131	2394	86	1722	33	980	24	495	5	192	—	70	—	72	—	36	—	20	—	11	—	7418	270	—	—